UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación

Modelo de educación en salud para mujeres que asisten a consulta a la Maternidad Periférica de Santa Elena III

Ana Lucrecia Santa Luce Bran de Rodríguez

Guatemala

2003

Modelo de educación en salud para mujeres que asisten a consulta a la Maternidad Periférica de Santa Elena III

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación

Modelo de educación en salud para mujeres que asisten a consulta a la Maternidad Periférica de Santa Elena

Trabajo de graduación presentado por Ana Lucrecia Santa Luce Bran de Rodríguez para optar al grado académico de Magister en Administración Educativa

Guatemala

2003

Vo.Bo.

Asesor: _____

M.A. Carmen Alicia Arriaga de Vásquez

Tribunal:

(f)_____

M.A. Jacqueline García de De León

(f)_____

M.A. Edda Fabián

(f)_____

M.A. Carmen Alicia Arriaga de Vásquez

Fecha de aprobación: Guatemala junio 21 del 2003

Cuando llegues a la cima...

Tómate un tiempo para disfrutar:
el camino ha sido largo y difícil.
Tómate un tiempo para ayudar a otros:
mucho se te ha concedido.
Tómate un tiempo para compartir tu triunfo:
quienes te aman también subieron a tu lado.
Tómate un tiempo para mirar de donde partiste:
te juzgarás con menos severidad.
Tómate un tiempo para descansar un poco:
hay una nueva cumbre por conquistar.

L.M.R.

Dedicado a:

Dios, quien da la sabiduría.

Mi madre, mi esposo, mis hijos.

CONTENIDO

Página

LISTA DE CUADROS…….x

LISTA DE GRÁFICOS……xi

RESUMEN……xii

Capítulos

I. Introducción …… 1

II. Definición del problema…… 3

A. Justificación…… 4

B. Objetivo General…… 5

C. Objetivos específicos…… 5

D. Antecedentes…….. 6

E. Alcances y límites…… 8

III. Marco teórico…….. 9

A. Educación y educación de adultos …… 9

B. Educación para la salud …… 13

1. Importancia de la educación para la salud…… 16

2. Modelos de educación en salud……..….. 17

IV. Marco contextual……. 29

A. Aspectos generales del sector salud de Guatemala…… 29

B. Situación de salud del grupo materno infantil …… 31

C. Políticas y programas de apoyo al grupo materno Infantil…….. 31

D. Estructura de la maternidad periférica de Santa Elena III zona 18……. 34

V. Marco metodológico ……. 38
A. Descripción del diseño de investigación…… 38
B. Sujetos de estudio……. 38
C. Procedimiento……38
1. Revisión bibliográfica…… 38
2. Selección de los sujetos de estudio…….38
3. Elaboración del instrumento.……...39
4. Validación……40
5. Aplicación……40
6. Procesamiento de datos……...40
7. Diseño del Modelo……..40

VI. Presentación de resultados……. 41
1. Análisis de resultados……. 49
2. Interpretación de resultados……52

VII. Propuesta …… 56
A. Introducción ……. 56
B. Objetivos…… …….. 57
C. Justificación……... 58
D. Principios que fundamentan el modelo……. 59
E. Condiciones necesarias…….. 61
F. Perfil del facilitador ……. 62
G. Componentes y sus relaciones……... 64
H. Técnicas sugeridas…… 66
I. Recursos Necesarios…….. 67
J. Proceso de Evaluación……... 68

K. Consideraciones finales……. 68
L. Recomendaciones……. 69
Esquematización del Modelo…… 71
Esquema de planificación de las acciones educativas…….. 72
Tabla de contenidos……. 73

VIII. Bibliografía…….. 75
Anexos……. 77

LISTA DE CUADROS

Página

CUADRO NO. 1

Resultados obtenidos por las usuarias de acuerdo a escala de evaluación. 41

CUADRO NO. 2

Número de respuestas correctas e incorrectas por pregunta. 42

CUADRO NO 3

Pregunta No. 20: Identificación de conocimientos relacionados con riesgo materno o fetal por usuaria. 43

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICA NO. 1 **Página**

Distribución de usuarias de la maternidad periférica de Santa Elena III según edad…….. 44

GRÁFICA NO. 2

Número de hijos o paridad de las usuarias de la Maternidad Periférica de Santa Elena III…… 45

GRÁFICA NO. 3

Número de hijos muertos antes del nacimiento por usuaria…… 46

GRÁFICA NO.4

Escolaridad de las usuarias……. 47

GRÁFICA No 5

Ocupación de la madre…… 48

RESUMEN

La educación en salud no es un tema nuevo, es y ha sido una necesidad desde la existencia del hombre, sin embargo nunca se le dio tanta importancia como en las últimas décadas, en las que la participación de la comunidad y del individuo en su auto cuidado es indispensable para mantener, recuperar y fomentar la salud individual y colectiva.

Para ello es necesario proveer a los individuos y comunidades de las herramientas necesarias para cuidar de su salud, la de su familia y la comunidad.

La propuesta presentada a continuación tiene como propósito proveer al personal de salud de la Maternidad Periférica de Santa Elena III de una guía que oriente la planificación, ejecución, evaluación, retroalimentación y seguimiento de programas de educación en salud para las usuarias de dicha institución.

Para su elaboración se estudió al total de usuarias que consultaron a la maternidad durante noviembre del año 2002. Al grupo en estudio se le aplicó una encuesta cuyo objetivo fue detectar necesidades de educación en salud en aspectos relacionados con el control prenatal, embarazo, parto y post parto. Así como identificar algunas características del grupo, tales como. Edad, escolaridad, etc. Las cuales se tomarán en cuenta para poner en marcha los programas educativos.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a organizar y tabular los datos, analizarlos e interpretarlos. Dado este paso, se pudo concluir que el grupo de usuarias sujetas al estudio oscila entre 16 y 25 años, es decir madres jóvenes que tienen de uno a tres hijos. En cuanto a escolaridad un 9% no sabe leer ni escribir, el 5% solo cursó la primaria. Entre las necesidades de educación en salud detectadas están. Cuidados de la madre y el recién nacido, alimentación de la madre durante el embarazo y post parto, detección de signos y síntomas de riesgo materno fetal, e inmunizaciones madre e hijo.

Fundamentado en éstas, se elaboró la propuesta del modelo educativo la cual consta de las siguientes etapas: 1) Sensibilización y capacitación del personal de salud; 2) Diagnóstico de necesidades de educación en salud, 3) Planificación, 4) ejecución de las acciones y 5) Evaluación aunque este debe estar presente a lo largo de todo el proceso de enseñanza aprendizaje.

El modelo sugerido se fundamenta en principios de educación de adultos, educación participativa, la salud como un derecho y una responsabilidad y el respeto al individuo.

I. INTRODUCCIÓN

La salud y la educación constituyen dos necesidades prioritarias en nuestro país, ambas se interrelacionan, de manera que a mayor educación mejores hábitos y costumbres en relación a la salud y a mejor salud, mayores posibilidades de aprendizaje.

Un país cuyos habitantes gozan de un nivel adecuado de salud y educación mejora su crecimiento y desarrollo económico y social, lo que a su vez redunda en la calidad de vida de los habitantes.

A nivel mundial y nacional, se considera al grupo materno infantil, como el más vulnerable por lo que las políticas en cuanto a atención primaria y educación para la salud se están orientando a atenderlo e incidir en los indicadores de morbimortalidad.

La propuesta diseñada en este estudio pretende dar respuesta a estas necesidades. Tiene como objetivo diseñar un modelo de educación en salud para las mujeres que asisten a consulta a la maternidad periférica de Santa Elena III. Para recolectar la información y cumplir con el propósito en mención, se elaboró un instrumento que se aplicó a todas las usuarias embarazadas que asistieron a consulta externa de la Maternidad durante noviembre del 2002.

Una vez aplicado el instrumento se elaboró un diagnóstico de características y necesidades de educación en salud de las usuarias y a partir de éste, se diseñó la propuesta del modelo educativo.

El capítulo II del trabajo se explica el problema, sus antecedentes y los objetivos del estudio. En el III, se desarrolla el marco teórico que fundamenta la propuesta. En él se

tratan temas relacionados con la educación de adultos, la educación en salud así como algunos modelos de educación en salud. El capítulo IV describe el marco contextual en el que se efectuó el estudio y trata de ubicar al lector en aspectos relacionados con la situación de salud materno infantil, políticas y estrategias encaminadas a atender a este grupo.

El Capítulo V detalla el procedimiento que se siguió hasta llegar al diseño de la propuesta y en el VI, se presentan e interpretan los resultados. El Capítulo VII contiene el diseño de la propuesta de educación en salud.

Entre los resultados obtenidos tenemos que del total de sujetos de estudio, un 66.6% oscila entre 16 y 25 años, lo que evidencia una población joven. Que el 42% de los casos tiene únicamente un hijo y que el 89% de la población estudiada son amas de casa.

El instrumento en mención evidencia deficiencias de educación en salud en aspectos relacionados con propósitos e importancia del control prenatal, nutrición y cuidados de la madre y el niño, así como dificultad para identificar signos y síntomas de riesgo materno fetal. Este último es de los más alarmantes, si se considera que el retraso en la detección de riesgos demora la búsqueda de atención oportuna y calificada lo que pone en peligro la vida del binomio madre e hijo.

Se espera que este trabajo sea útil para el equipo de salud de la Maternidad Periférica de Santa Elena III y que al mismo tiempo genere otros que ayuden a trabajar en pro del bienestar de la madre y el niño, las familias y comunidades.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Maternidad Periférica de Santa Elena de la zona 18 es una dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Al igual que todas las Maternidades Periféricas nace como respuesta a la necesidad de aumentar la cobertura en materia de atención en salud materno infantil, de acercar la atención a las comunidades urbano marginales y de descongestionar la maternidad del Hospital General San Juan de Dios. Cubre un total de 31 comunidades que en su mayoría se encuentran en una situación de pobreza y pobreza extrema. Está ubicada en un área considerada de alto riesgo debido a los altos índices de la violencia que actualmente afecta a todo el país.

En dicha unidad se atiende un promedio de 210 partos por mes. Y un total de 50 a 60 consultas diarias, de las cuales el 25% son pacientes embarazadas, las restantes son de postparto, problemas ginecológicos y consultas pediátricas.

Esta unidad atiende al grupo materno infantil, considerado a mundialmente como el más vulnerable y por lo tanto prioritario en materia de atención en salud. Entre las actividades del equipo de salud de las Maternidades Periféricas se encuentra la educación al usuario antes, durante y después del parto.

En dicha institución esta actividad se realiza de manera incidental por lo que el problema radica en *la falta de sistematización del proceso educativo, es decir, que es necesario identificar las necesidades del usuario, planificar las acciones, ejecutarlas, evaluarlas,, retroalimentarlas y darles seguimiento* **.**

La educación incidental, fundamentada en la percepción del agente de salud y no en necesidades reales puede ser oportuna, pero no garantiza que sea significativa y de

impacto. Por otro lado la falta de evaluación de la educación impide verificar su alcance y dar la retroalimentación necesaria a las usuarias.

A. Justificación

Según el documento de Lineamientos estratégicos para reducción de la mortalidad materna, en el año 2000 nacieron en el país 425,410 niños y niñas, en una población de 3,346,937 mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años). De ellas murieron 651 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, es decir casi dos mujeres diarias por causas maternas., lo que es igual a una razón de 153 por cada 100 mil nacidos vivos.

Así mismo menciona que el 90% de esas muertes ocurrieron en el hogar en las 24 horas siguientes al parto y que las causas de las muertes continúan siendo las mismas: hemorragia, infecciones, presión alta, las cuales son prevenibles y tratables si se detectan a tiempo.

Uno de los factores determinantes para mejorar la salud de las madres es la educación y la primera de las demoras que causa la muerte a cientos de mujeres cada año es la falta de reconocimiento de signos y síntomas de peligro por parte de la madre y la familia.

Esto significa que el papel del agente de salud en las comunidades es crucial para poder modificar la realidad de la madre y el niño, ya que sólo mediante un proceso sistemático de educación en salud, se logran cambios significativos en las creencias, hábitos y prácticas de las madres, que redunden en mejores niveles de salud para ellas y sus familias.

El modelo propuesto sistematizará el proceso educativo en dicho centro, es decir que propiciará que parta de una planificación fundamentada en necesidades reales, que se desarrolle tomando en cuenta las características de la usuarias, se evalúe y retroalimente para garantizar su impacto.

También podrá ser utilizado para ejecutar programas de educación en salud materno infantil en cualquier institución del país, tanto públicas como privadas, siempre y cuando se fundamente en un diagnóstico de necesidades y se adapte a cada contexto específico para garantizar la significancia e impacto de los programas que de éste se deduzcan.

B. Objetivo general

Influir en los indicadores de morbilidad materna infantil de la Maternidad Periférica de Santa Elena III, diseñando un modelo de educación en salud para las usuarias, que parta de características y necesidades reales, sirva de plataforma para la elaboración de los programas educativos y sistematice el proceso de enseñanza aprendizaje.

C. Objetivos específicos

1. Identificar las características y necesidades de educación en salud del grupo de mujeres embarazadas que asiste a consulta a la maternidad periférica de Santa Elena III.

2. Elaborar un diagnóstico de necesidades de educación en salud de las pacientes que asisten a control prenatal a la Maternidad Periférica de Santa Elena III.

3. Identificar la metodología más adecuada al grupo de usuarias de la Maternidad Periférica de Santa Elena III.

4. Enumerar los principios en que se fundamenta el modelo de educación en salud.

D. Antecedentes

Históricamente, desde la década de los 70's, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, respecto a la madre y el niño socializó la vulnerabilidad de este grupo y la urgente necesidad de prestar más y mejor atención a este grupo, tanto en países en "vías de desarrollo" como en aquellos países "desarrollados" pero que aún tienen sectores "en vías de desarrollo".

En el Sexto Informe del Comité de Expertos de la OMS en salud de la madre y el niño se reconoce que <<el objetivo general de la higiene materno infantil, *comprende desde la detección, atención y solución de problemas de salud que afectan en forma inmediata a la madre y al niño durante el prenatal, perinatal y postnatal, hasta aspectos relacionados con la salud del individuo durante toda la vida, así como con la salud de la colectividad e influencias del medio natural, social, económico y cultural. Sin olvidar la estimulación temprana y educación en salud de padres e hijos,* para alcanzar el objetivo final "*un buen estado de salud para todos, durante toda la vida*">>.

Así mismo, en el informe de Expertos se reconoce la necesidad de:

> << intensificar los trabajos de investigación destinados a mejorar el contenido y la estructura de la planificación de los programas de educación para la salud" a fin de hacerlos significativos para la población>>

Es, pues, sabido por todos la urgente necesidad de invertir más y mejor los recursos asignados al sector salud, es decir centrar la atención en el grupo materno infantil, considerado el más vulnerable mundialmente, lo que en nuestro país, se reconoce en documentos como los Acuerdos de Paz (Acuerdos de Paz, URL. 1998)

La responsabilidad de la educación para la salud se ha relegado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual desde su fundación, hace 59 años, se ha caracterizado por su centralización, falta de participación ciudadana y un alto porcentaje del presupuesto dedicado a la salud curativa en detrimento de la salud preventiva.

Si a ello se agrega la escasa infraestructura, el mal funcionamiento del 40% de equipo, el hecho de que un 38% de los centros de salud muestran deterioro en su infraestructura y un 28% no se encuentra en operación y que los recursos financieros asignados a este sector escasamente alcanzan un 2% del PIB (incluyendo al IGSS), resulta razonable la ineficiencia del mismo.

Por otro lado la educación para la salud es responsabilidad del individuo, la familia, el sector salud, el Estado y todos los sectores, principalmente el educativo; solamente mediante un esfuerzo conjunto podrá mejorarse la situación de salud y desarrollo de todos los guatemaltecos.

Actualmente se ha ejecutado un nuevo Sistema de Atención en Salud (SIAS), este esquema pretende ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. Fue concebido como un instrumento de apoyo al cumplimiento de los Acuerdos de Paz y trata de reunir las siguientes características: Incorporar a grupos prestadores de servicios, estimular *la participación de la comunidad*, mejorar la relación efectividad/costo de las acciones de salud e implementar un sistema de información que facilite la toma de decisiones y la prestación de los servicios. También pretende la desconcentración y descentralización del sistema de salud.

Este sistema enfatiza las funciones del primer nivel de atención entre las que están: control prenatal, atención del parto y puerperio, la vacunación, control de enfermedades más frecuentes del niño, atención nutricional, emergencias y primeros auxilios, prevención de enfermedades de transmisión sexual, *educación,* y otras relacionadas con saneamiento ambiental.

E. Alcances y límites

Este trabajo permitirá conocer las características y necesidades reales del grupo sujeto al estudio, así como algunos de los factores que pueden influir en sus conocimientos actitudes y prácticas, y las características y elementos que debe contemplar un programa destinado al grupo en cuestión.

El modelo educativo que se diseñará permitirá fundamentar los planes y programas de educación en salud en hechos reales, lo que mejorará su impacto y la participación de las usuarias.

La propuesta incluye los principios generales en que se fundamenta el modelo, la metodología más adecuada al grupo, las actividades que lo complementan y los procedimientos de seguimiento y evaluación que se recomiendan.

El modelo en cuestión es aplicable a otras instituciones y grupos de mujeres embarazadas, siempre y cuando el programa educativo que se elabore se fundamente en el diagnóstico de necesidades de las usuarias y se le hagan los cambios necesarios de acuerdo al contexto.

III. MARCO TEÓRICO

Este capítulo contiene toda aquella información en la que se fundamenta el diseño de la propuesta del modelo de educación en salud, incluye las definiciones de educación, educación de adultos y modelos de educación en salud.

A. Educación y educación de adultos

1. Educación: Antes de entrar a la definición de educación es pertinente recordar que ésta ha pasado por muchos momentos desde sus inicios, su definición ha sufrido cambios paralelos a la evolución de la humanidad y el crecimiento científico y tecnológico. Estos cambios han surgido de las transformaciones que ha tenido el concepto de "hombre" y su papel dentro del proceso de enseñanza aprendizaje, de manera que éste ha pasado de "objeto de la educación" con un papel secundario como individuo pasivo en el que se depositan los conocimientos a un "sujeto de la educación" con un papel protagónico, activo y participativo dentro de este proceso.

Es decir que en sus inicios la educación se concebía como *educación bancaria* en la que el individuo constituía un banco de datos en el que se depositaba todo lo que el maestro quería. En nuestros días el individuo es un ser participativo, con voz y voto, con voluntad y juicio crítico que interactúa con su ambiente.

Sarramona (2000:14) lista los principios inherentes a la educación y la describe como:

> <<Un proceso de humanización para los individuos. Supone una acción dinámica del sujeto educando con otros sujetos y con su entorno. Se lleva a cabo de acuerdo con una escala de valores. Proporciona las bases de la interacción social de los individuos. Constituye una dimensión básica de la cultura y garantiza la supervivencia de ésta. Se trata de un proceso permanente inacabado>>

El autor en mención da una amplia definición del proceso educativo enfatizando la participación del sujeto y el entorno físico y social como elementos importantes. También atribuye a la educación el aprendizaje de las relaciones sociales y la supervivencia de la cultura. Este proceso además nunca termina pues a lo largo de nuestra vida estamos educándonos y aprendiendo.

Al respecto Hernández (1997; 22) dice que:

> <<...la educación es una actividad propia y exclusiva del hombre...
> s reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo.
> El hombre es sujeto de su propia educación. Es actor de su propio
> desarrollo. Educar no es transmitir a otro la forma de ser hombre.
> Es...el esfuerzo por hacerse hombre uno mismo...>>

Ello significa que cada persona es responsable de su propia educación, que puede hacer uso de su experiencia para modificar su ambiente de acuerdo a sus necesidades y al igual que Sarramona atribuye a la educación la humanización y socialización del hombre.

Malcom (2001:12) incluye en el proceso educativo al educador o agente de cambio como aquel que ejerce la educación y busca producir los cambios. Su definición es la siguiente:

> <<La educación es una actividad emprendida o iniciada por
> uno o más agentes con el objeto de producir cambios en el
> conocimiento , las habilidades o las actitudes de individuos,
> grupos o comunidades>>

El cambio al que se refiere no es más que el aprendizaje. No se puede separar estos procesos ya que este último es consecuencia del primero.

2. Educación de adultos: Educar a un adulto no es lo mismo que educar a un niño, ya que éste por su condición de "adulto" tiene características y necesidades específicas y especiales, propias de la etapa de la vida en la cual se encuentra, mismas que deben tomarse en cuenta para propiciar que tanto educador como educando alcancen sus objetivos y se produzcan los cambios en este último.

Para Castillejo (1987:109) la educación de adultos:

> <<...constituye un medio para dar respuesta a la creciente necesidad de acceso al conocimiento y a la cultura, al tiempo que favorece la participación activa en la creación de nuevos valores culturales nuevos saberes. Así mismo ofrece la posibilidad de formar el espíritu crítico, toma de decisiones con autonomía y libertad y controlar el constante flujo de información >>

Esta amplia definición más que describirnos la educación de adultos como un proceso, lista las ventajas de ésta, lo cual es de suma importancia ya que evidencia la utilidad que para el adulto tiene la educación en cualquier campo o especialidad. Si la aplicamos a la educación en salud, se puede decir que ésta brinda al hombre la oportunidad de ampliar los conocimientos, su visión del mundo, le ayuda a tomar decisiones respecto a su salud, la de su familia, su comunidad y su entorno con juicio crítico, fundamentado científicamente y con responsabilidad.

Malcom se refiere a los aspectos que según Lindeman son clave en la educación de adultos y los resume de la siguiente manera:

- Los adultos se motivan a aprender cuando experimentan necesidades e intereses que el aprendizaje satisfará.
- La orientación de los aprendices hacia el aprendizaje se centra en la vida.
- La experiencia es el recurso más rico para el aprendizaje de los adultos.

- Los adultos tienen una profunda necesidad de auto dirigirse.
- Las diferencias individuales entre la gente se incrementan con la edad.

Esto significa que al educar adultos debe partirse de sus conocimientos previos, que debe hacerse una conexión entre lo que se está haciendo y la vida diaria, que al adulto no debe llevársele de la mano como se hace con un niño, ya que se le puede hacer sentir incompetente, simplemente se le debe guiar hacia el descubrimiento. También hay que recordar que para que un adulto aprenda, los contenidos deben ser significativos, es decir útiles y aplicables en su medio.

Para Jabonero (1997) el diseño de un plan o programa de educación de adultos debe considerar ciertos criterios básicos, para garantizar su impacto y adecuación a la población objetivo:

- En primer lugar se deben detectar necesidades e intereses, lo que permite seleccionar las estrategias de enseñanza y aprendizaje
- Exige conocimiento de los modos de aprender del adulto.
- Conocimiento de las exigencias de la vida actual en los distintos ámbitos de acción del individuo.
- Utilización de nueva tecnología para favorecer la calidad del programa y responder a la variada demanda.
- Oferta educativa diversificada de manera que el individuo pueda iniciar, continuar o perfeccionar el aprendizaje en cualquier momento y lugar.
- Que el proceso iniciado tenga continuidad.

El autor no sólo se refiere a los criterios a tomar en cuenta al planificar un programa de educación de adultos, sino también incluye algunos conocimientos y habilidades que debe tener la o las personas que vayan a ejecutar el programa, lo cual debe tomarse en cuenta, ya que de ello depende en gran medida el éxito del programa.

B. Educación para la salud: Existe una gran diversidad de definiciones respecto al término de "Educación para la salud", desde la utilizada tradicionalmente que la concibe como un "concepto medicalizado" y ligado estrechamente a la labor de agentes y profesionales del campo de la salud, hasta la Educación para la salud como un medio para incrementar el conocimiento de los individuos e inculcarles principios de acción que modifiquen su relación con el medio físico, social y su salud.

No existe, pues, una definición homogénea a nivel internacional, sin embargo sí puede hablarse de ciertos requisitos en que según expertos esta definición debe basarse; según Sainz (1984):

- El término educación para la salud es una evolución reciente del término educación sanitaria.
- Implica información científica adecuada del tema o problema en cuestión.
- Así como una concienciación individual sobre la responsabilidad propia en relación con a salud y el cambio de comportamiento y actitudes hacia otras más saludables

Es decir que la Educación para la Salud implica la participación activa del individuo, familia y comunidad, quienes deben aprender a cuidarse a sí mismos y ser responsables de su propia realidad y transformarla si es necesario en beneficio propio y de los demás.

Al respecto Velasco (1997:48) dice:

> <<La Educación para la Salud orienta hacia la prevención de las enfermedades, al fomento y protección de la salud. Por lo que es importante que a través de ésta, la colectividad adopte nuevos hábitos y costumbres en salud y en toma de decisiones necesarias para mejorar las condiciones ambientales de la colectividad tomando en cuenta las situaciones culturales, y realidades socioeconómicas, religiosas y políticas>>

Esta definición es más amplia, y hace referencia a la individualidad y particularidades de los individuos y grupos, como elementos importantes de la Educación para la salud.

Sainz (1984), en el mismo documento cita a la *United States Comittes on Health Terminology,* quien define la Educación para la salud como "Un proceso de orden intelectual, psicológico y social que comprende actividades destinadas a incrementar la aptitud de los individuos a tomar decisiones, *con conocimientos de causa,* que afectan su bienestar personal, familiar y social. Este proceso inspirado en conocimientos científicos facilita el aprendizaje y el cambio de comportamiento tanto a nivel del personal de salud como de los consumidores"

No puede hablarse de Educación para la salud, sin hablar de *Auto cuidado,* ya que la creación de ese sentido de responsabilidad hacia su propia salud, la de su familia y comunidad, es un aporte más importante de la nueva Educación para la salud, en contraposición a la Educación Sanitaria Tradicional, en la que el individuo es un sujeto pasivo que recibe información y pone en práctica poco o nada de ella.

El individuo debe aprender a cuidarse a sí mismo, fue el eslogan de una de las últimas Conferencias Internacionales de Educación para la Salud de OMS.

Orem (1980: 3-8) se refiere al *Auto cuidado* como:

> <<...el conjunto de actividades que individualmente se practican para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, y que constituyen una específica competencia personal>>

Según la definición de Orem el auto cuidado, como una herramienta indispensable de la Educación para la salud, contribuye en su más amplia expresión no sólo a la conservación de la salud y bienestar, sino incluso al mantenimiento de la vida, esto lo podemos verificar al observar los cambios que sufren los indicadores de morbimortalidad una vez el individuo y a comunidad han sido educados. Por supuesto que cambios tan amplios no dependen única y exclusivamente de la Educación para la salud, pero ésta es un eslabón importante que unido a otros de índole socio económico puede transformar dichos indicadores.

Para Poletty (1980:38), la definición de *Auto cuidado*, no estaría completa si no se incluyen los siguientes elementos:

- Actitud de responsabilidad hacia uno mismo
- Motivación (de auto cuidarse)
- Aplicación de conocimientos
- Valoración de las prioridades en materia de salud y
- Alta autoestima de los individuos

Otros autores incluyen dentro del término aspectos que de una u otra manera influyen en el individuo, como el ambiente, la cultura y los valores. Tal es el caso de Mujica (l985:57) quien agrega que:

> <<... el auto cuidado es una conducta aprendida, que pretende ayudar a mantener la integralidad de la estructura humana y esta conducta se relaciona con el medio ambiente, la cultura y los valores. Se entiende que toda esta conducta va a estar dirigida siempre a mantener la vida, la salud y el bienestar>>

Al involucrar el medio, la cultura y los valores, quiere decir que el auto cuidado se aprende desde el hogar y el grupo social con el que convivimos, es allí en donde adquirimos la responsabilidad hacia nosotros mismos, nuestra salud y bienestar. Nuestro amor o desamor por el entorno y los recursos y la manera de conservarlos. Este aprendizaje se irá acrecentando y enriqueciendo en instituciones como la iglesia y la escuela.

1. Importancia de la Educación para la Salud: La educación en general es una prioridad en todo país en vías de desarrollo, y la educación para la salud, una necesidad inherente al ser humano. Por ella sabemos cómo y porqué alimentarnos, hacer ejercicio, prevenir y combatir las enfermedades, mantener y recuperar la salud, bienestar, etc.

Desde la Conferencia Mundial de Alma -Ata (OMS. – UNICEF. 1978), se estableció que la educación para la salud debe estar integrada al nivel de asistencia primaria de salud. Entendida ésta como los cuidados primarios y esenciales, accesibles universalmente a todos los individuos, familias y comunidades, de manera que les resulten aceptables y accesibles y con su plena participación. En donde también se enuncian como objetivos sociales de los cuidados primarios: 1. la optimización de la calidad de vida y 2. La prestación de un máximo beneficio en aspectos de salud a la mayoría o totalidad de la población.

La planificación, ejecución, evaluación y seguimiento de la atención primaria en salud y la educación para la salud, tiene repercusiones no sólo en el individuo sino en la familia y la comunidad, además no sólo beneficia al sector salud y todos sus componentes sino a todos los sectores socioeconómicos del país.

Es importante enfatizar que anteriormente se creía que la salud y la educación al respecto eran competencia exclusiva de las autoridades del Ministerio de Salud, técnicos y profesionales especializados en esta área, actualmente se sabe que el trabajo conjunto e intersectorial es sumamente necesario y permite lograr más y mejores resultados en el menos tiempo.

Al respecto Sainz (1984: 69) enfatiza que:

> <<La colaboración entre distintos sectores y Departamentos Ministeriales: Educación, Seguridad Social, Cultura, Industria, Comercio, Trabajo, Defensa, Transporte, Agricultura, Medio Ambiente, etc. es imprescindible... para el logro de objetivos a este nivel>>

Lo que significa que la Educación para la salud es una actividad multidisciplinaria y multisectorial, que compete a todos los habitantes de un país.

La educación en salud debe estar unida al propio desarrollo de la comunidad y Contar con su participación activa, ello implica el uso de estrategias educativas que permitan alcanzar este propósito.

2. Modelos de educación en salud: Antes de entrar en materia de salud, es pertinente recordar lo que es un modelo de enseñanza. Sevillano (1993:9), lo ha definido de la siguiente manera:

> <<Un modelo es un plan estructurado que puede utilizarse para configurar un currículum, para diseñar materiales de enseñanza y para orientar la enseñanza en las aulas>>
>
> <<Es un esquema a través del cual se intenta dar interpretaciones de qué es, cómo es y por qué es así la enseñanza>>

Según la autora, un modelo educativo no es más que una guía que ayuda a orientar el proceso de enseñanza aprendizaje y que justifica los elementos, insumos y los recursos educativos en general.

González (2001) en cambio opina que al igual que ocurre con un mapa, un modelo no es un duplicado de la realidad, sino una representación estilizada de la misma, en el que se recogen los aspectos en que el formulador o defensor del modelo consideran pertinentes o relevantes para explicar y predecir la realidad.

En la actualidad existen diferentes modelos de educación en la salud, utilizados para lograr ese cambio de pensamientos, actitudes, y comportamientos que lleven al individuo, familias y comunidades a fomentar, mantener o recuperar un estado de salud y bienestar óptimos, así como al cuidado y conservación del medio.

Uno de ellos es el utilizado para la comunicación estratégica en salud por el Centro de Programas de Comunicación de la Universidad John’s Hopkins. Este centro se dedica a elaborar, ejecutar y comunicar programas educación en salud alrededor del mundo en las áreas de planificación familiar, salud reproductiva, salud materno infantil y el medio ambiente.

- Modelo de Comunicación en Salud de la Universidad de John's Hopkins

Este modelo, como se mencionó con anterioridad, está orientado a la educación del grupo materno infantil y el medio, consta de una serie de etapas que se detallan a continuación:

a. Análisis: En ésta etapa se recolecta toda la información cuantitativa y cualitativa de las diversas fuentes para la elaboración de un diagnóstico, ésta pretende:

- Entender el problema
- Conocer la audiencia
- Revisar programas y políticas existentes
- Identificar a organizaciones líderes
- Evaluar la capacidad de comunicación

- Diseño estratégico: Esta etapa pretende tomar decisiones en el diagnóstico, se pasa del análisis de la problemática. A partir de ésta se elabora el plan para el alcance de los objetivos. Pretende:

- Desarrollar objetivos "MADRE": medibles, alcanzables, dirigidos, razonables y específicos.
- Establecer los beneficios del programa
- Establecer claramente los cambios esperados en la audiencia o población objetivo
- Seleccionar medios de comunicación y actividades a realizar
- Preparar el diseño estratégico o plan
- Desarrollar un plan de ejecución y presupuesto
- Planificar el proceso de evaluación

- Desarrollo de mensajes y materiales, validación y producción de materiales:

Esta etapa pretende elaborar y validar los recursos a utilizar para hacer llegar los mensajes. Incluye las siguientes actividades:

  - Desarrollo de los conceptos del mensaje elaborando materiales de alta calidad
  - Trabajo con profesionales de salud y de comunicación
  - Establecer una comunicación eficaz
  - Validación del material elaborado
  - Modificar cualquier material o concepto que la audiencia no recuerde o comprenda.

- Gerencia, ejecución y evaluación: Esta etapa pretende administrar el proyecto, socializarlo y evaluarlo, comprende las siguientes actividades:

  - Gerencia para alcanzar resultados
  - Capacitar individuos y desarrollar una capacidad institucional
  - Crear un clima organizacional positivo
  - Establecer un grupo coordinador
  - Desarrollar un plan de socialización del proyecto
  - Monitorear el proceso de producción y de actividades
  - Responder rápidamente a las reacciones que genere el mensaje (retroalimentación)

- Evaluación de impacto: Esta etapa evalúa el impacto de las acciones realizadas, socializa los resultados y toma decisiones basadas en ellos. Incluye las siguientes actividades:

- Medir el costo beneficio
- Compartir los resultados en formas apropiadas

- Planificar para crear continuidad: Esta última etapa pretende dar seguimiento al programa, así como garantizar su sostenibilidad con el apoyo de líderes e instituciones. Incluye:

  - Desarrollar el programa de acuerdo a los resultados de la evaluación
  - Adaptar el programa a las nuevas condiciones
  - Ampliar la audiencia del programa
  - Identificar recursos que den sostenibilidad al programa desde el inicio
  - Incorporar servicios de promoción del programa
  - Establecer alianzas que den apoyo al programa

Este modelo de la Universidad de John's Hopkins es muy completo, incluye todos los aspectos necesarios para la elaboración del diagnóstico de un área específica, establecimiento y ejecución del plan, evaluación y seguimiento del mismo. Al mismo tiempo que requiere la inversión de tiempo, recursos materiales, económicos y humanos, por lo que es conveniente evaluar si se cuenta con lo necesario para su implementación.

También es pertinente analizar si se adecua al contexto nacional de lo contrario se tendrá que hacer las modificaciones necesarias.

- Modelo utilizando del Proceso de Atención de Enfermería

Enfermería, como una profesión de servicio, fundamenta su ejercicio profesional en la aplicación del método científico. Este toma el nombre de Proceso de

Atención de Enfermería o PAE, como se llamará de aquí en adelante, y es utilizado en todo el mundo.

Al aplicar dicho proceso al área de educación en salud resulta un modelo educativo que implica una serie de pasos ordenados cuyo resultado final es un plan de atención al individuo, familia o comunidad fundamentado en sus necesidades, en este caso de tipo educativo.

Según Atkinson y Allen (1985) el PAE, consta de cuatro etapas que se resumen a continuación:

- Valoración: Ésta constituye la primera y tal vez la más importante de las etapas del PAE, pues todo el plan resultante está basado en ella. Consiste en recolectar toda la información necesaria, organizarla, priorizarla y formular el diagnóstico de enfermería, en este caso, diagnóstico de necesidades de educación en salud.

Para recolectar la información el agente de salud puede auxiliarse de distintas fuentes: el individuo, su familia, otros agentes de salud; de herramientas como: la observación, la entrevista, la encuesta; documentos escritos como expediente clínico, diagnóstico de la comunidad, etc.

- Planeación: Consiste en la elaboración del plan de acción que dará respuesta a las necesidades de educación del individuo, familia o comunidad. Es decir que aquí se determinan los objetivos a alcanzar, las acciones y estrategias de enseñanza y aprendizaje para alcanzarlos, y la manera en que se evaluará o medirá el alcance de los mismos.

Esta etapa tiene tres fases: establecimiento de prioridades, identificación de los objetivos y panificación de las acciones que darán respuesta a la problemática educativa del individuo o grupo.

El plan de atención de enfermería o de acción, debe incluir el cronograma detallando la fecha, horario y recursos necesarios para desarrollar las distintas actividades educativas.

Los objetivos del plan pueden ser a corto, mediano o largo plazo. Según Atkinson y Allen (1985) éstos deben redactarse de la siguiente manera:

- Enfocados hacia el comportamiento esperado
- Realistas, considerando las capacidades del individuo o el grupo
- Congruentes con las necesidades del individuo o grupo
- Importante para el individuo y equipo de salud
- Iniciar por los de corto plazo
- Escritos en términos de conductas observables y medibles
- Descritos en forma de resultados a lograr o alcanzar
- Concretos
- Específicos
- Encaminados a resolver un problema a la vez
- Especificar el tiempo para lograrlos

Así mismo agregan que las acciones resultantes deben reunir las siguientes características:

- Congruentes con las necesidades
- Fundamentadas en principios científicos

- Realistas para el individuo o grupo, el equipo de salud y los recursos disponibles
- Levar una secuencia lógica
- Seleccionar varias y las más probables para el logro de cada objetivo
- Compatibles con los valores del individuo o grupo
- Tomar en cuenta las sugerencias del individuo o grupo

c. Ejecución: En esta etapa se realizan las acciones planeadas. Se inicia el programa educativo. Consta de tres fases: *Validación,* que consiste en someter el plan a juicio de un experto para su revisión. *Redacción y ejecución del plan,* en la que se elabora el plan definitivo después de su corrección, y luego se inicia su cumplimiento. Así mismo se socializa o da a conocer a resto del equipo y todos los participantes en su desarrollo.

d. Evaluación: Éste es un proceso continuo que se realiza a lo largo de todo el programa. Lo que realmente se hace como última actividad es concluir en cuanto al alcance de los objetivos de enseñanza y aprendizaje. Es decir que en esta etapa se miden los resultados en relación a los objetivos determinados en el plan de educación.

Esta etapa también permite la "*revaloración del plan"*, fase en la que se modifican, cambian o eliminan diagnósticos, acciones u objetivos previos, basados en la nueva información recolectada. Aquí nuevamente se inicia el ciclo.

3. Otros modelos: La OPS produce una serie de documentos para técnicos, medios y auxiliares. El número 13, contiene un modelo educativo que se fundamenta en la evaluación como un proceso continuo, que debe llevarse a cabo durante todo el proceso educativo, ya que de ésta depende el seguimiento, modificación o interrupción de las acciones educativas, así como el impacto de los modelos de educación en salud.

Esta guía especifica las siguientes fases del modelo:

a. Diagnóstico de la situación de salud: En ésta se enfatiza como primera etapa en cualquier programa de educación a la definición del problema que se pretende solucionar o disminuir su incidencia. Debe incluir los factores causales o condicionantes, necesidades sentidas, conocimientos, hábitos y posibles recursos para resolverlos. El diagnóstico educativo estará íntimamente relacionado con el diagnóstico general de salud.

Debe incluir información como indicadores de salud, estudios de caso, estadísticas, condiciones ambientales, recursos de la comunidad, actitudes y prácticas, comportamientos relacionados con la salud y las normas y costumbres de la población beneficiaria del programa.

En la guía se recomiendan, como métodos para la recolección de datos, las conversaciones con miembros de la comunidad, líderes, instituciones como iglesia escuela; reuniones con otros trabajadores de salud, curanderos, parteras; registros de puestos y centros de salud, mapas, informes, políticas de salud etc.

b. Formulación de los Objetivos: De acuerdo a la guía de OPS, un objetivo es una situación, hábito o comportamiento que se considera deseable para la población, en forma individual o colectiva y tiene la intención de lograrse en un tiempo determinado (1990:36)

Para la elaboración de los objetivos se sugiera contestar a las siguientes preguntas:

¿Qué se logrará como resultado?
¿Cuándo se espera lograrlo?

¿Dónde ocurrirá el logro del resultado?

¿Quién se beneficiará del resultado?

¿Cuánto se logrará eliminar o aliviar el problema?

Si los objetivos responden a estas preguntas, serán concretos, claros, fáciles de medir a la hora de evaluarlos.

c. Selección de las estrategias: Una vez definido el problema y formulado el objetivo corresponde definir CÓMO se resolverá Para ello se identificarán, seleccionarán, analizarán y seleccionarán las estrategias más apropiadas para el alcance de los objetivos.

Una estrategia es “una serie de actividades que se realizan en forma secuencial y sistemática a fin de lograr un objetivo definido” Es decir que es el camino que vamos a seguir para lograr nuestras metas.

d. Recursos: Aquí se identifica lo que se va a necesitar para lograr los objetivos y ejecutar las estrategias, es decir, que se identifica el recurso. El mismo documento define como recursos << a los elementos tangibles e intangibles utilizados por una o más personas para implementar una estrategia y lograr un objetivo, son personas, materiales, infraestructura y financiamiento>> (1990:50)

De los recursos depende lo ambicioso de los objetivos y la factibilidad de implementar las estrategias. Debe responderse a:

¿Qué tipo de recurso se requiere?

¿De qué recurso se dispone?

¿Qué recurso se debe conseguir?

¿Dónde se va a conseguir?

e. Desarrollo de un plan de acción: Consiste en explicitar quien va a hacer qué, cuándo y con qué recurso. Según OPS un plan de acción es <<una representación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo específico, utilizando un monto de recurso asignado, con el fin de lograr un objetivo dado”>> (1990:56) Responde a las siguientes preguntas:

¿Qué es lo que se debe hacer?
¿En qué orden?
¿Cuándo deben completarse las tareas?
¿Dónde se realizarán?
¿Quién es el responsable?

El plan de acción es un instrumento que sirve para la evaluación continua y final del programa.

f. Diseño de la evaluación: En esta etapa se define cómo va a determinarse el alcance de los objetivos del programa. Se definen los métodos que se van a utilizar para obtener la información necesaria para medir el éxito o fracaso del mismo.

Para ello se establece un sistema para obtener información que permita emitir juicios y tomar decisiones sobre los logros reales del programa, comparados con el objetivo planteado.

OPS recomienda evaluar el programa desde distintos puntos de vista:

Evaluación de proceso: o formativa, que responde a la pregunta ¿cómo lo estamos haciendo? Implica el análisis del desempeño real y actual del programa en relación con lo planeado.

<<Es vigilar y asegurar la calidad en la práctica de los servicios de educación en salud>> (1990;63)

Evaluación sumativa: Mide los logros del programa, responde a la pregunta ¿cuán bien lo hemos hecho? Se realiza hacia el final del programa.

Para OPS <<es la que se refiere a los efectos de un programa largo plazo y mide si el programa logró el impacto sobre los indicadores preestablecidos que debían ser modificados >> (1990:63)

Evaluación de impacto: También llamada final o de producto, porque pone mayor énfasis en los datos y la información final obtenida (1990:68)

Proporciona información sobre el resultado final alcanzado por el programa: cambio de creencias, hábitos y costumbres, modificación de los indicadores de morbi-mortalidad etc.

IV. MARCO CONTEXTUAL

Este capítulo contiene toda la información relacionada con la situación de salud del grupo materno infantil, políticas y programas, así como la estructura, recursos, humanos y materiales de la Maternidad Periférica de Santa Elena III de la zona 18. Pretende ubicar al lector en el área específica en donde se efectuó el estudio.

A. Aspectos generales del sector salud de Guatemala

El sistema de salud de Guatemala está constituido por establecimientos y programas dependientes del Ministerio de Salud Pública (32 %). Éste constituye la dependencia formalmente designada para ejercer la rectoría del sector salud. Es uno de los principales proveedores de servicios a la población, desarrollando la función de financiador y regulador. Es responsable de los grupos de alto riesgo social y biológico y de las acciones de salud pública.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cubre un 25% de la población, sus servicios se concentran en la capital con sus programas de accidentes (100% de los afiliados), mientras que, el de Enfermedad Común y Maternidad sólo cubre algunos departamentos.

El sector privado también juega un papel importante con su red de clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios privados, a los cuales únicamente un 10 % de la población tiene acceso.

El Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) constituye una estrategia para aumentar la cobertura. Se apoya en una red de trabajadores comunitarios y en la sub

contratación de ONG para la provisión de servicios de salud que cuenta con el apoyo del Banco Mundial.

Las ONG juegan un papel importante para la extensión de cobertura y la prestación de servicios básicos de primer nivel.

Las políticas que actualmente se encuentran en vigencia en el sector salud[1] son las siguientes:

- << Reordenamiento integración y modernización del sector salud
- Aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de prevención y control de problemas prioritarios
- Mejoramiento de la gestión hospitalaria
- Promoción de la salud y ambientes saludables
- Aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de agua y ampliación de cobertura y saneamiento básico en zonas rurales
- Participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios
- Coordinación de la cooperación técnica interna
- Desarrollo del recurso humano>>

Es importante mencionar que en los Acuerdos de Paz (1996) se trazaron metas relacionadas con la reducción de la mortalidad matero infantil y aumento del gasto público en salud preventiva entre otras.

B. Situación de salud del Grupo Materno Infantil:

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil los índices de mortalidad de este grupo son alarmantes, y éstos tienen su origen en una deficiente atención prenatal y del parto[i]. Ésta también confirma que a menor escolaridad de la madre mayor mortalidad infantil.

El mismo documento señala que en 1995 la tasa de mortalidad infantil alcanzaba 67 muertes por cada mil nacidos vivos y mortalidad materna se situaba en 190 muertes por cada 100 mil partos. Estos datos aumentan en los indígenas y en las áreas rurales.

La falta de cobertura de vacunas en los niños y mujeres embarazadas provoca que cerca de la mitad de la población se quede sin este servicio y las causas de morbimortalidad en este grupo siguen siendo las mismas de la década anterior y son prevenibles con una buena educación e inversión en el primer nivel de atención de salud.

C. Políticas y programas en apoyo al grupo Materno Infantil:

El Plan de Salud 2000- 2004 contiene las política, y estrategias del gobierno con respecto al sector salud, éstas constituyen las directrices para la ejecución de programas, funcionamiento de establecimientos que prestan servicios de salud y alcance de objetivos del sector en cuestión.

En primer lugar es pertinente señalar que entre los objetivos del Plan de salud 2000-2004 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o MSP y AS como se llamará de aquí en adelante, se encuentran los siguientes:

a. Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca especialmente el grupo materno infantil, los pueblos indígenas y la población migrante.

b. Aumentar el porcentaje del gasto público en salud preventiva en un 50 % con respecto al de 1995 y darle sostenibilidad al mismo.

c. Reducir la mortalidad *infantil y materna* en un 50% en relación al índice encontrado en 1995.

El mismo documento al referirse a los objetivos refiere que éstos se alcanzarán a través de las siguientes estrategias:

- Descentralización con participación social y comunitaria. Ello significa propiciar la participación de todas las fuerzas vivas del país, tanto a nivel local como nacional para lograr un efectivo desarrollo del nivel de salud de toda la población"

- Aplicar los preceptos de la estrategia de Atención Primaria en Salud en todos los niveles de atención concienciando a la población de su responsabilidad en su propia salud.

- Plantearse acciones preventivas consistentes en promoción y protección de la salud así como las acciones curativas de recuperación y rehabilitación de la salud

- Aplicación de los principios de ética, equidad, eficiencia, calidad total y sostenibilidad social, técnica y financiera

- Ello significa atención a todos los grupos con especial interés en aquellos con mayor riesgo biológico y social por causas de pobreza, postergación, ruralidad o etnicidad “

- En cuanto a las políticas de salud que se refieren al grupo materno infantil tenemos las siguientes:

- Salud integral de los grupos familiares
- Salud de los pueblos mayas, Garífuna y Xinca, con especial atención a las mujeres

- Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral de otros grupos

- Desarrollo estratégico del recurso humano

Todo lo anterior se trabajará a partir de las líneas de acción que se enuncian a continuación:

- Salud integral a las mujeres
- Salud integral a los grupos familiares
- Elaboración de normas de los programas de salud que se relacionan con grupos familiares y aseguramiento de su aplicación en todos los niveles de atención

- Fortalecimiento de la participación y organización de la mujer maya, garífuna y xinca en la identificación de necesidades y el desarrollo de acciones de salud
- Promoción de la educación en salud en todos los programas de atención
- Formación y fortalecimiento del recurso humano con énfasis en las necesidades de nivel local

Los programas que ayudarán a alcanzar los objetivos, estrategias, políticas y líneas de acción son:

1. Atención materna perinatal
2. Enfermedades inmunoprevenibles
3. Atención a niños, niñas y adolescentes
4. Infecciones de transmisión sexual
5. Accidentes y violencia en diferentes expresiones
6. Enfermedades degenerativas (cáncer, diabetes,
7. Salud mental
8. Educación en salud
9. Otros

D. Estructura de la Maternidad Periférica de Santa Elena III

a. Breve historia: La Maternidad Periférica de Santa Elena III es una institución que depende del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Está ubicada en la zona 18 y fue creada oficialmente el 20 de noviembre de 1984 con el propósito de acercar la atención básica materno infantil a las comunidades y descongestionar la maternidad del Hospital General San Juan de Dios. En sus inicios dependía directamente del Centro de Salud de Santa Elena III, ya que está ubicado en el mismo edificio. Se proveyó de material y equipo que no se usaba en el Hospital Nacional de

Salamá. En cuanto al recurso humano contaba con un médico especialista en ginecología y obstetricia con funciones de coordinador y personal auxiliar de enfermería que fue capacitado para dar atención a las usuarias.

Poco tiempo después se coordina y gestiona en el Hospital General San Juan de Dios la contratación de tres médicos para cubrir turnos rotativos. Cuyas plazas pertenecían oficialmente al área de salud.

A partir de enero del 2000 se inicia el modelo de atención que actualmente se utiliza, con médicos especialistas en ginecobstetricia, una enfermera y personal auxiliar de enfermería quienes son contratados por la Jefatura de área Guatemala.

Luego de algunos cambios y trámites en el Ministerio de Salud Pública la Maternidad queda conformada como una institución independiente.

La maternidad cuenta con la infraestructura necesaria para dar atención básica en el área materno infantil. Es decir, un área para central de equipos en donde se prepara el material y equipo estéril. Enfermería y bodega, área de labor con cuatro camas, área de partos con el equipo necesario para prestar este servicio. Bodega, Lavandería, dos clínicas de consulta externa para control prenatal, atención ginecológica ,clínica de salud reproductiva, así como con una clínica de pediatría para el control del niño hasta los treinta días de edad y un área para educación a las madres.

1. Recurso Humano: Para la atención al usuario cuentan con médicos especializados en ginecobstetricia y pediatría, así como con el personal paramédico mínimo necesario para satisfacer las necesidades de atención en salud preventiva, curativa y de emergencia de la población que cubre y que ha sido determinado

según los lineamientos descritos en el documento de creación de las Maternidades Periféricas del MSP y AS.

También cuentan con personal de apoyo para los servicios de conserjería, ambulancias, farmacia y vigilancia.

2. Material y equipo: La maternidad periférica de Santa Elena cuenta con el material y equipo necesario para la atención de pacientes de ginecología, obstetricia, recién nacido y salud reproductiva.

Entre el material y equipo disponible se pude mencionar: camas y ropa de cama para las áreas de labor y post parto. Camilla para atención de partos y módulo térmico para recién nacidos.

Así como equipos de parto, palanganas para cuidados higiénicos, bacines, pinzas para distintos usos, Gasas, curaciones, clamps, hisopos, material para limpieza, ropa para recién nacidos y para las madres.

3. Programas o servicios que presta: En la maternidad se presta los siguientes servicios: control prenatal, ginecología, salud reproductiva, control del puerperio, control de la labor y atención del parto en alojamiento conjunto, atención del recién nacido hasta los treinta días de edad.

La maternidad periférica de Santa Elena zona 18, atiende en promedio 210 partos mensualmente, entre 50 y 60 consultas prenatales por día, de 12 a 15 consultas pediátricas, de 12 a 15 consultas post natales y unas 15 consultas diarias en la clínica de salud reproductiva.

4. Cobertura**:** Cubre las siguientes colonias y asentamientos de la Zona 18:

San Judas Tadeo, Los Olivos, El Valle, El Limón, Maya, El Rosario, Las Ilusiones, Renacimiento Municipal, Atlántida, Lomas de la Barreda, Lavarreda, San José la Barreda, Quinta Ruíz, Santa Elena II y III, Juana de Arco, México, Holanda, La Esperanza, El Rinconcito, El Prado, Valle de Jesús, Nueva Jerusalén, Esquipulas, Candelaria, Caracoles, Pascua, Las Tapias, La Estancia. Así como todas las referencias del Hospital General San Juan de Dios y personas que requieran los servicios que allí se prestan independientemente del área en la que vivan.

5. Morbilidad: Las tres primeras causas de consulta en control prenatal son Infecciones urinarias, leucorrea, anemia. En consultas ginecológicas Cambios Inflamatorios, vaginosis bacteriana, amenaza de aborto. En el postparto Infección urinaria, Endometritis, infección respiratoria superior. Consultas por emergencias ruptura prematura de membranas, pre eclampsia, trabajo de parto prematuro.

En consultas pediátricas las principales causas de morbilidad son conjuntivitis, mala técnica alimentaria, infecciones respiratorias superiores, aunque el mayor porcentaje de los recién nacidos están sanos al llegar a su primer control.

V. MARCO METODOLÓGICO

A. Descripción del diseño o tipo de investigación

Se hizo un estudio descriptivo, éste evidencia hechos y fenómenos y sus relaciones, como aparecen sin que el investigador pueda interferir en los mismos. Parte del estudio de la realidad para dar solución a un problema o conocer sus causas.

B. Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio fueron todas las pacientes que asistieron a control prenatal a la Maternidad Periférica de la zona 18 durante noviembre del año 2002 y que aceptaron participar en el estudio.

C. Procedimiento

1. Revisión bibliográfica para:

   - Recopilación de datos e información que fundamente el diseño del modelo
   - Revisión de estudios anteriores para antecedentes del problema
   - Recolección y ordenamiento de información relativa al marco contextual en el que se da el problema

2. Selección de los sujetos de estudio: Se trabajó con cada una de las mujeres que asistieron a control prenatal a la Maternidad Periférica de Santa Elena III durante noviembre del 2002.

No se consideró ninguna variable excluyente ya que a cualquier edad, paridad y de cualquier procedencia, se tiene necesidades de educación en salud.

Se consideró como universo de estudio al total de pacientes que asistieron a control prenatal a la maternidad de Santa Elena III zona 18 durante el año 2002.

No se consideró ninguna variable excluyente ya que a cualquier edad, paridad y de cualquier procedencia, se tienen necesidades de educación en salud.

Se consideró como universo de estudio al total de pacientes que asistieron a control prenatal a la maternidad periférica de Santa Elena III zona 18 durante el año 2002.

3. Elaboración del instrumento: El instrumento consiste en cuestionario que consta de 17 preguntas con tres opciones de respuesta cada una (Si, No y No sabe), las otras tres son de completación para un total de 20 preguntas. En éste se registrará la información dada por cada una de las usuarias. El instrumento será llenado por el investigador para evitar dejar fuera de la muestra a pacientes analfabetas o con alguna limitación para leer y/o escribir.

Los objetivos del instrumento son:

- Identificar necesidades de educación en salud en las usuarias que asisten a control a la Maternidad Periférica de Santa Elena III, en aspectos relacionados con el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.
- Identificar características del grupo de usuarias de la Maternidad Periférica de Santa Elena III.
- Identificar la metodología más adecuada al grupo de usuarias de acuerdo a sus características y necesidades.

4. Validación del instrumento: Ésta se hizo aplicando el cuestionario a diez personas que reunían las características de la población sujeta al estudio. Se aplicó una semana antes de la recolección de los datos, en la misma institución. Hubo necesidad de cambiar la redacción de tres preguntas (9,14 y 20) para mejorar su comprensión.

5. Aplicación del instrumento: Esta se realizó en forma individual, todos los días a las 7:00 AM, explicando previamente a las pacientes el procedimiento y su propósito. Luego se pidió consentimiento verbal a cada una. Se parafraseó y llenó cada instrumento.

6. Procesamiento de los datos: Se ordenaron y tabularon los datos para establecer la distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo a los conocimientos y deficiencias de las participantes.

También se calificaron todos los cuestionarios para asignarles una nota numérica y determinar:

- El número de respuestas correctas por usuaria. Luego se clasificaron de acuerdo al resultado obtenido, utilizando la escala elaborada para este fin: Muy malo, Malo, Deficiente, Regular, Bueno, Excelente, refiriéndose a los conocimientos que tienen en materia de salud.

- El total de respuestas correctas e incorrectas por pregunta, para identificar las deficiencias en conocimientos y necesidades de educación en salud de las usuarias.

7. Diseño del modelo de educación en salud: De acuerdo a la revisión bibliográfica y a los resultados obtenidos en el instrumento se elaborará el modelo, el cual se espera sea de utilidad en la Maternidad Periférica Santa Elena III.

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo contiene los resultados obtenidos en la encuesta que se realizó en la Maternidad Periférica de Santa Elena III, con el propósito de detectar necesidades de educación en salud, así como caracterizar al grupo objeto de estudio.

CUADRO NO. 1

Número de respuestas correctas dadas por las usuarias de la Maternidad Periférica de Santa Elena III y resultado según la escala utilizada

No. respuestas correctas	No. de usuarias	Porcentaje de usuarias	Escala de evaluación	Porcentaje de conocimiento evaluado
1 - 5	0	00%	Muy malo	16.66%
6 –10	7	2.82%	Malo	33.33%
11 – 15	70	28.00%	Deficiente	48%
16 – 20	169	68.14%	Regular	66.64%
21 – 25	2	00.81%	Bueno	83.3%
26 - 30	0	00%	Excelente	99.96%
Total	**248**	**99.77%**		

Fuente: Encuesta de detección de necesidades de educación en salud, Maternidad Periférica de Santa Elena III, Noviembre del 2002.

CUADRO NO. 2

Número de respuestas correctas e Incorrectas por pregunta

dadas por las usuarias de la Maternidad periférica de Santa Elena III

Pregunta	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No sabe	%	Total	%
1	180	72.58	**68**	**27.4**			248	100
2	135	94.75	9	3.63	4	1.6	248	100
3	89	35.89	**155**	**64.11**			248	100
4	238	95.96	2	0.8	8	3.22	248	100
5	243	97.98	3	1.2	2	0.8	248	100
6	242	97.58	4	1.6	2	0.8	248	100
7	211	85.08	16	6.45	21	8.47	248	100
8	234	94.35	8	3.22	6	2.4	248	100
9	230	92.74	8	3.22	10	4	248	100
10	153	62	**71**	**28.62**	24	9.7	248	100
11	239	96.4	3	1.2	6	2.8	248	100
12	155	62.5	**70**	**28.22**	23	9.27	248	100
13	27	10.89	**205**	**82.86**	16	6.45	248	100
14	162	65.32	**66**	**26.6**	20	8	248	100
15	245	98.79	2	0.8	1	0.4	248	100
16	236	95.2	7	2.8	5	2	248	100
17	201	81	**42**	**16.93**	5	2	248	100
18	150	60.48	**98**	**39.5**			248	100
19			**50**	**21**	197	79.43	248	100

Fuente: Encuesta realizada en la Maternidad Periférica de Santa Elena III, Noviembre del 2002.

CUADRO NO. 3

Pregunta No. 20

Diga las molestias por las que una mujer embarazada debe consultar al médico inmediatamente

Nota: el cuestionario lista once signos y síntomas por los que se considera necesario consultar al médico inmediatamente, en éste el investigador señaló con una "X" los que cada usuaria identificó como causas de consulta.

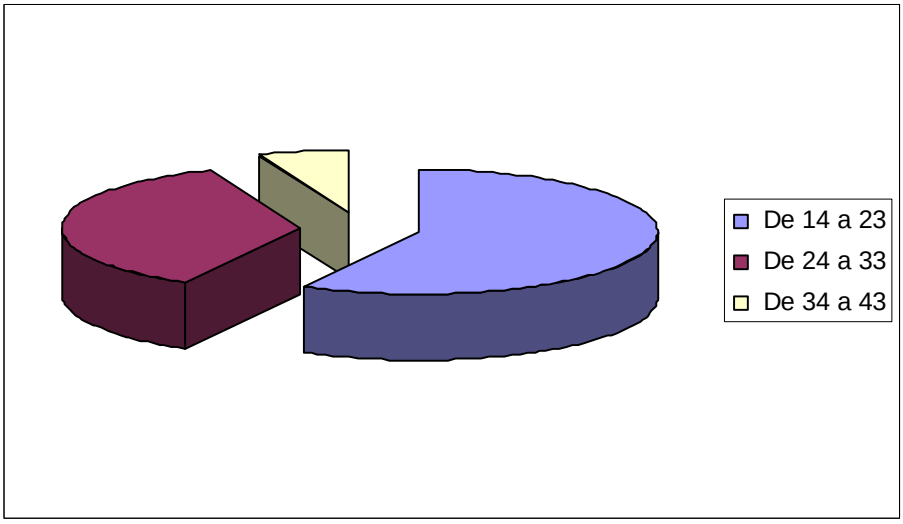
No. de signos y síntomas identificados	No. de usuarias	Porcentaje
Dos respuestas	183	**73.8**
Cuatro respuestas	57	**22.78**
Seis respuestas	0	0
Ocho respuestas	0	0
Más de ocho respuestas	0	0
No sabe	8	3.2
TOTAL	248	100

Fuente: Encuesta de detección de necesidades de educación en salud, Maternidad periférica de Santa Elena III en nov. del 2002.

GRÁFICA No. 1

EDAD DE LAS USUARIAS QUE ASISTEN CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA ELENA III

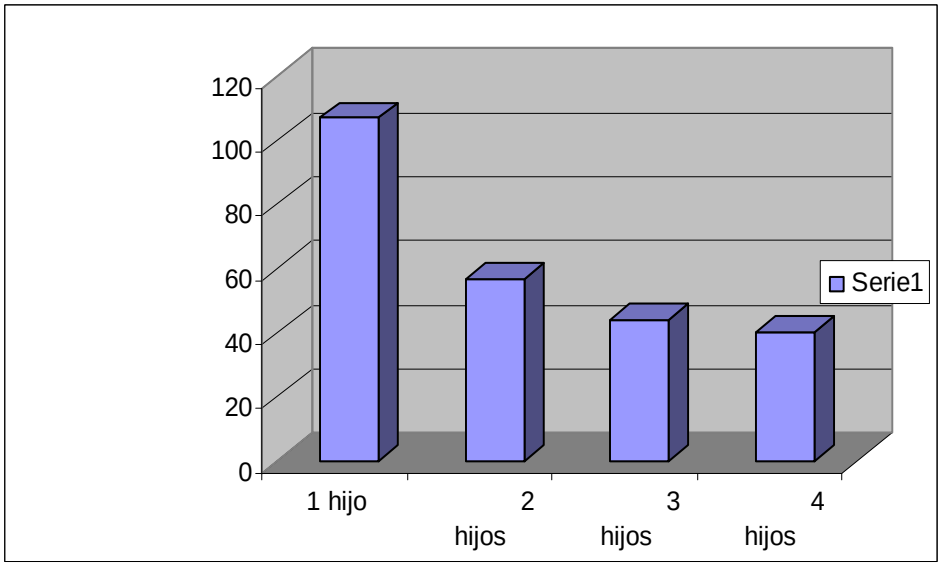
Edad	No	%
De 14 a 23	143.84	58%
De 24 a 33	89.28	36%
De 34 a 43	14.88	6%
TOTAL	**248**	**100%**



GRÁFICA No. 2

No. DE HIJOS DE LAS USUARIAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA ELENA III

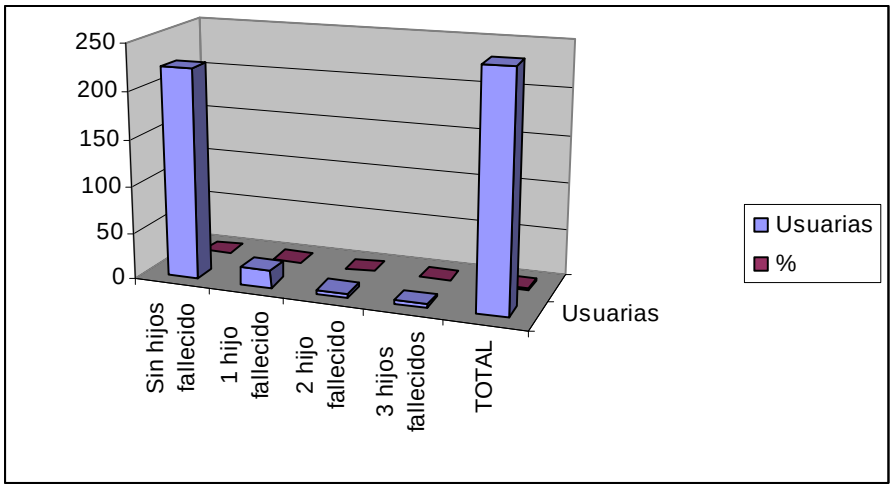
No. De hijos	No	%
1 hijo	107	43%
2 hijos	57	23%
3 hijos	44	44%
4 hijos	40	16%
TOTAL	**248**	**100%**



GRÁFICA No. 3

No. DE HIJOS MUERTOS ANTES DEL NACIMIENTO POR USUARIA QUE ASISTE A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA ELENA III

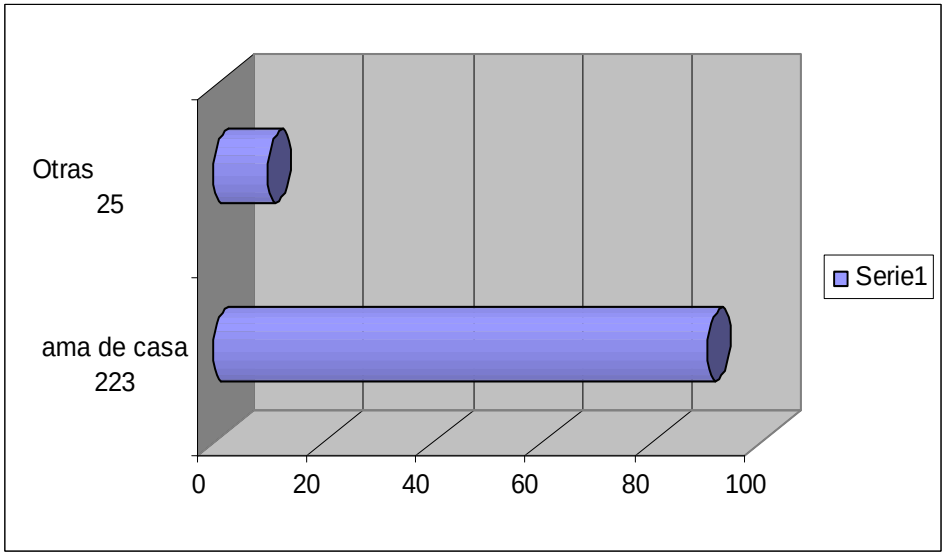
No de hijos	Usuarias	%
Sin hijos fallecido	223	90%
1 hijo fallecido	18	7%
2 hijo fallecido	4	2%
3 hijos fallecidos	3	1%
TOTAL	**248**	**100%**



GRÁFICA No. 4

OCUPACIÓN DE LAS USUARIA QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA ELENA III

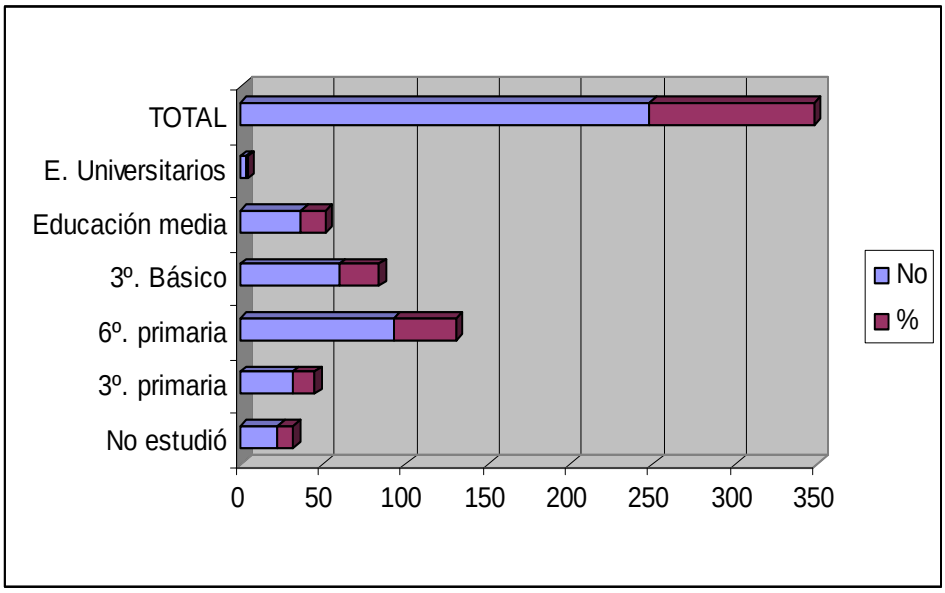
No. De usuarias	%
Ama de casa 223	90
Otras 25	10
Total 248	**100%**



GRÁFICA No.5

ESCOLARIDAD DE LAS USUARIA QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA ELENA III

Escolaridad	**No**	%
No estudió	23	9.3
3º. primaria	32	13
6º. primaria	93	37.5
3º. Básico	60	24.19
Educación media	37	14.9
E. Universitarios	3	1.2
TOTAL	**248**	**100**



1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

En este cuadro se listan los resultados obtenidos por el total de usuarias sometidas a la encuesta y se evidencia lo siguiente:

- Que el **2.82%** de las usuarias obtuvo un resultado **MALO** lo que significa que sólo conocen el **33%** de los aspectos evaluados por el instrumento.

- El **28.22**% del total de usuarias encuestadas obtuvo un resultado **DEFICIENTE**, lo que significa que sólo conocen el **48%** de los aspectos evaluados por el instrumento.

- El **68.14%** de las usuarias evaluadas obtuvo un resultado **REGULAR**
  - lo que significa que sólo conocen el 66.64 de los aspectos evaluados.

- El **0.8% de** las usuarias obtuvo un resultado **BUENO**, lo que significa que respondieron el **83.3%** de los aspectos evaluados en el instrumento.

- Los resultados anteriores evidencian las necesidades de educación en salud en las usuarias ya que el 99% desconoce los aspectos relativos a su cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.

Cuadro No. 2

En este cuadro se observan los resultados en cuanto a número de respuestas incorrectas por pregunta y por usuaria. Entre las preguntas que tuvieron un porcentaje alto de error están:

Pregunta No. 1: ¿El control médico durante el embarazo es para pesar y medir a las pacientes únicamente? el 27.4% respondió erróneamente

Pregunta No. 3: ¿Durante el embarazo se debe comer bastante para aumentar bastante peso? El 64.11 % respondió erróneamente.

Pregunta No. 10: ¿Una mujer debe bañarse ocho días después del parto? Con un porcentaje de 28.62 de respuestas incorrectas.

Pregunta No. 12: ¿El recién nacido debe bañarse o a los ocho días de nacido? Con un porcentaje de 28.62 de respuestas incorrectas.

Pregunta NO. 13: ¿Algunos alimentos como la el aguacate, leche y huevos son dañinos para la madre y el niño? Con un porcentaje de 82.86 respuestas incorrectas.

Pregunta No. 14: ¿Puede quedar embarazada una mujer que está dando de mamar? Con un porcentaje 26.6 respuestas incorrectas.

Pregunta No. 17: ¿Evitar embarazos corresponde a la mujer? Con porcentaje de respuestas incorrectas de 16.93.

Pregunta No. 18: ¿Cuál es la vacuna que necesita una mujer embarazada? Con un 39.5% de respuestas incorrectas.

Pregunta No. 19: ¿Qué vacuna necesita el recién nacido? Con un 21% de respuestas incorrectas.

Pregunta No. 20: Mencione las molestias por las cuales una mujer embarazada debe consultar al médico inmediatamente. El 89% de las usuarias identificaron entre 1-4 signos de riesgo de 11 que se incluían en el instrumento.

2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados expresados anteriormente evidencian que las usuarias que participaron en el estudio tienen deficiencias en los siguientes aspectos:

- **Importancia y propósito del control prenatal** ya que el 27.4% de ellas piensa que éste solo cumple con las actividades de control de peso y altura uterina, no lo identifican como un instrumento para detección de riesgos materno-fetales.

- **Nutrición durante el embarazo y puerperio**, ya que el 64% de las usuarias piensa que durante el embarazo se debe comer abundantemente cuando lo más importante es la calidad y variedad de los alimentos.

- Un total del 82.86% de las usuarias opina que algunos alimentos como el huevo, aguacate y la leche son dañinos para la madre y/o el niño durante el post parto, lo que afecta su nutrición durante el período de lactancia.

- **Cuidados de la madre durante el post parto así como del recién nacido.** Un 28.62% de las usuarias piensa que debe bañarse hasta los ocho días post parto, igualmente deben bañar al recién nacido hasta la caída del ombligo (28.22 %).

  Esto pone en riego de infecciones al binomio madre-hijo

- Paternidad responsable y planificación familiar**,** aunque éste tema no se investigó a profundidad, un 26.6% de las usuarias piensa que si están dando de mamar no quedarán embarazadas, lo que es falso y puede ocasionar embarazos a intervalos cortos y multiparidad.

También se evidenció que un 16.93% de las usuarias que participaron en el estudio considera que evitar embarazos es responsabilidad de la mujer, razones de peso ara incluir este tema en un programa educativo sobre paternidad responsable.

- Inmunizaciones para la madre y el niño (vacunación) Un 39.5% de las usuarias no sabe cuál es la vacuna que se les administra durante el embarazo y 79% desconoce las vacunas que deben administrarse al recién nacido.

- Identificación de signos y síntomas de alarma y alto riesgo

- Este es un tema de vital importancia para contribuir a logro de una maternidad saludable y llevar el embarazo a un feliz término. Sin embargo las usuarias sólo identifican dos signos de alarma: las caídas, dolores de parto antes de tiempo (73.79%), de una gama de más de once, que se listan en el instrumento.
  Éste puede ser un motivo de demora en el tratamiento y atención médica a la mujer embarazada que podría incluso costarles la vida a la madre o al niño.

GRÁFICA NO.1

Distribución según edades de las usuarias de la maternidad periférica de Santa Elena III

En esta gráfica se puede observar que el 58% de las participantes en el estudio se encuentran entre 14 a 23 años. El 36% entre 24 a 33 años lo que evidencia una población de madres jóvenes. Sólo un 6 % se encuentra entre 34 y 43 años.

GRÁFICA NO. 2

Paridad o número de hijos de las usuarias que participaron en el estudio

Esta gráfica evidencia que el 43% de las participantes en el estudio tiene sólo un hijo. El 22% tiene dos hijos y un 18% tiene tres hijos. Ello significa que el 83 % de las participantes en el estudio son mujeres primigestas, secundigestas y trigestas. El otro 16% tiene cuatro o más hijos.

GRÁFICA NO. 3

Hijos muertos antes del nacimiento

Afortunadamente el 90% de las participantes no tiene hijos muertos antes del nacimiento. Sin embargo un 7% tiene al menos un hijo muerto antes del nacimiento y un 2 % refirió haber tenido hasta 2 muertes antes del nacimiento. El otro 1% tiene 3 hijos muertos antes del nacimiento.

GRÁFICA NO. 4

Ocupación de las madres:

Un 90% de las encuestadas son amas de casa, el otro diez % están distribuidas entre estudiantes, comerciantes, dependiente, psicóloga y perito contador.

GRÁFICA NO. 5

Escolaridad de las usuarias de la maternidad periférica Santa Elena III

Un porcentaje de 9.3 % de las usuarias no estudió. El 13% cursó hasta 3º. Primaria. El 37.5% estudió hasta 6º primaria, un 24.19% cursó el ciclo básico, un 14.9 % tiene una carrera de educación media y sólo un 1.2 % tiene estudios universitarios.

PERFIL DE LA USUARIA DE LA MATERNIDAD PERIFÉRICA

De acuerdo a los resultados del instrumento se puede deducir que la usuaria de la maternidad Periférica de santa Elena III, tiene las siguientes características:

Madre joven entre 14 y 24 años, con un promedio de dos a tres hijos, con baja escolaridad, generalmente sólo han cursado la primaria, algunas ni siquiera la terminaron (13%); que se dedica a los oficios domésticos y que en su mayoría (90%) no ha sufrido de hijos muertos antes del nacimiento.

Las implicaciones que este perfil tienen son las siguientes: las usuarias pueden participar en los programas educativos ya que trabaja dentro de su casa. Los programas educativos deben desarrollarse mediante técnicas participativas, claras y sencillas; los contenidos deben ser mediados por el facilitador de manera que sean comprendidos y adoptados por las usuarias.

Las parejas jóvenes tienen mejor predisposición al aprendizaje por estar iniciando una nueva etapa en sus vidas. El no trabajar fuera de la casa ayuda a que puedan organizarse y participar en las actividades, facilita su localización a la hora de la visita domiciliaria y propicia que se les involucre en todo el proceso de enseñanza aprendizaje.

VII. PROPUESTA

Modelo de Educación en salud para mujeres que asisten a control prenatal a la Periférica de Santa Elena III

A. Introducción

La Educación en salud como todo proceso de enseñanza-aprendizaje debe ser sistemático, es decir planificarse, monitorearse, ejecutarse, evaluarse y tener seguimiento.

Mucho se ha dicho en materia de elaborar modelos y programas educativos pertinentes y de impacto para la población objetivo, sin embargo muchas veces la teoría difiere de la práctica.

El fracaso de muchos programas de educación comunitaria en salud radica en que aún no se ha roto con el esquema de que <<el que enseña es todopoderoso y es el que sabe, el que aprende es pasivo y no sabe>>

Al mismo tiempo son programas verticales, impuestos desde arriba; no reflejan las necesidades reales de la comunidad, son esquematizados y no se adaptan al nivel educativo y cultural de la gente, la participación de la comunidad se limita a asistir a las reuniones y no tienen seguimiento. Todo ello da como resultado que las personas reciban información que no ponen en práctica porque no se relaciona con su realidad, no se identifican ni encuentran utilidad en lo que deben aprender, etc.

La siguiente propuesta es el resultado de un conjunto de elementos e información que se consideró importante:

- El diagnóstico de necesidades y características de la población objetivo, según la muestra estudiada.
- La revisión bibliográfica de otros modelos y estrategias utilizadas para la educación en salud y el auto cuidado.
- La revisión de principios de aprendizaje y enseñanza en la educación de adultos.
- Las políticas y estrategias en materia de salud del plan de atención en salud 2000-2004.

Con este trabajo se pretende proveer al equipo de salud Maternidad Periférica de Santa Elena de una guía que oriente sus acciones y sistematice el proceso de enseñanza aprendizaje que ya se lleva a cabo en dicha unidad.

No obstante la propuesta se fundamenta en los elementos mencionados con anterioridad, es flexible y susceptible de modificaciones de acuerdo a las necesidades percibidas por el equipo de salud y usuarios quienes son los protagonistas de este proyecto.

B. Objetivos:

1. **Objetivo general:**

Proveer a equipo de salud de la Maternidad Periférica de Santa Elena III una guía para el diseño de programas de educación en salud pertinentes y significativos, fundamentados en las necesidades de las usuarias y que propicia la retroalimentación y seguimiento del mismo.

2. **Objetivos específicos**:

    a. Propiciar la participación activa y efectiva del grupo de asistentes en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. (Detección de necesidades, planeación, ejecución, evaluación, retroalimentación y seguimiento)

    b. Dar seguimiento al proceso y atender las necesidades especiales de las usuarias mediante visitas domiciliarias.

    c. Realizar monitoreo antes, durante y después del proceso educativo de manera de fortalecerlo, modificarlo o mantenerlo según las necesidades.

C. Justificación

El proyecto de creación de maternidades periféricas nace para cumplir con el compromiso adquirido en los acuerdos de paz de reducir la mortalidad materna en infantil un 50% de lo registrado en 1995. Para cumplir con este compromiso es necesario aumentar la cobertura y calidad de los servicios de salud en este grupo específicamente.

Sin embargo también se debe prestar especial atención a las acciones de promoción y prevención en salud, lo que implica establecimiento de programas sistemáticos de educación en salud para las usuarias de los centros y puestos de salud que constituyen el primer nivel de atención.

Según el proyecto de creación de maternidades periféricas, las acciones de atención promoción y prevención pre, peri y post natal se inician desde la captación temprana de las mujeres embarazadas hasta la atención en el puerperio y del recién nacido en sus primeros treinta días de vida. Entre sus componentes se encuentran:

- Educación programada sobre auto cuidado y cuidados del recién nacido
- Seguimiento domiciliario de casos especiales
- Consejería en salud familiar y casos especiales
- Orientación relacionada con lactancia materna, crecimiento y desarrollo normal, nutrición, espaciamiento de los embarazos etc.

Es pertinente también señalar que la educación en salud es responsabilidad de todos los miembros del equipo de salud y de apoyo de las maternidades periféricas, ya que aparece entre las funciones y actividades de cada uno de los miembros de la institución. Estas son algunas de las razones que justifican el modelo que a continuación se propone para el personal de la maternidad periférica de Santa Elena III zona 18.

A lo anterior se suma el hecho de que la educación en aspectos de salud y auto cuidado constituye una estrategia para incidir en los indicadores de morbi-mortalidad materno infantil en los países en vías de desarrollo en los cuales no se logra una cobertura del 100% en los programas de atención en salud a este grupo, debido a factores de índole social, cultural, económico, político, geográfico, entre otros.

D. Principios que fundamentan el Modelo

- **La salud como un derecho de todo ser humano** que lleva implícita la responsabilidad de promover y practicar acciones de auto cuidado y conductas saludables para mantenerla o recuperarla. Así como el cuidado y conservación del medio como elemento indispensable para la conservación de la salud.

- **La educación en salud como propiciadora de cambios** en los conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y al uso de servicios, reforzando conductas positivas. Dicho proceso también exige que

se provee al individuo de los medios necesarios para que como responsable de su salud aplique acciones de auto cuidado para promoverla, conservarla y/o recuperarla.

- **La educación de adultos como un proceso participativo** en el cual las relaciones entre las personas deben ser democráticas y dialógicas. Sobre esta base se plantea una relación horizontal donde lo fundamental es el proceso de aprendizaje colectivo que lleva a que las personas se apropien de los contenidos a partir de su propia experiencia. Ello facilita que el proceso de enseñanza aprendizaje sea modificado y enriquecido por los participantes.

- **La mediación pedagógica como un proceso de transformación de los contenidos** en donde Mediar significa transformar, hacer asimilable, comprensible y significativo un contenido, en el marco de una educación concebida como participación, creatividad, expresión y relación.

- **El Aprendizaje significativo** como proceso que implica una reestructuración activa de las percepciones, ideas, conceptos, esquemas que el educando posee en su estructura cognoscitiva. Esto provoca que éste participe en la elaboración de la información. La selecciona, organiza y emite un significado propio, basado en su experiencia.

- **La metodología participativa** tomando en cuenta que ***l***a educación es un proceso colectivo y creador, en el que todas las personas que participan están en condiciones de aportar y generar conocimientos.

- **El auto cuidado de la salud** como un proceso que implica saber qué hacer, hacerlo y estar motivado para ello. Que es responsabilidad de cada individuo

y requiere de una conciencia clara y un compromiso personal y social para poder mantener la salud propia y de la comunidad.

- **El respeto al individuo** como un derecho y una necesidad entre los participantes de todo proceso de enseñanza aprendizaje, ya que es necesario que exista un clima de confianza entre las personas para que puedan sentirse a gusto y no tener temor a ser rechazadas; a la vez que una motivación y disponibilidad para aprender con apertura al diálogo y a aprender de las demás personas. Esto requiere de un genuino interés en el tema y claridad en los objetivos que se pretende alcanzar.

Para ello resulta de mucha utilidad que se valore la experiencia que cada persona pueda aportar, un respeto mutuo, un verdadero convencimiento de que colectivamente se produce más en grupo que en forma individual y una actitud disciplinada y ordenada que facilite el avance de la discusión.

E. Condiciones necesarias.

1. Sensibilización del equipo de salud (médico y paramédico) relacionada con la importancia de la educación sistemática a la usuaria, es decir que ésta sea un proceso que se planifique, ejecute, evalúe y al cual se de seguimiento.

2. Capacitación del personal médico y paramédico en aspectos de educación en salud, principios de aprendizaje y educación de adultos.

3. Contar con un área para educación del usuario, que puede ser dentro o fuera de la maternidad periférica.

4. Creación de un centro de documentación con material educativo e informativo de

consulta para usuarios.

4. Un facilitador/a efectivo/a: Para que el proceso de enseñanza aprendizaje y producción colectiva de conocimientos tenga buenos resultados. Es de importancia clave que la persona que facilita y orienta el proceso educativo tenga a la vista los objetivos, que vaya ordenando las ideas que van surgiendo, que haga preguntas motivadoras y desafiantes y devuelva en forma de síntesis parciales los avances en la discusión.

F. Perfil del facilitador:

La persona que asuma el rol de educador en salud debe tener las siguientes características y cualidades:

- Ser un agente de salud, Médico o Enfermera/o comprometido con la educación del usuario, que cree y confía en el proceso de enseñanza aprendizaje como herramienta que propicia cambios en los conocimientos, habilidades, prácticas, creencias y valores de las personas.

- Estar profundamente identificado con su rol de educador, prestador de servicios y agente de cambio.

- Ser ejemplo en hábitos y prácticas de conductas saludables, respeto a los demás y buenos modales.

- Respetar al ser humano como individuo con conocimientos y experiencias previas, habilidades, deficiencias, intereses, voz y voto, que pertenece a una familia y una comunidad.

- Tener conocimientos sólidos en aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad, proceso de enseñanza-aprendizaje de adultos, elaboración de programas educativos, técnicas de enseñanza participativas.

- Ser líder positivo y proactivo en su área de trabajo.

Para lograr el aprendizaje significativo y el alcance de objetivos del proceso educativo el facilitador (educador en salud) debe además desarrollar un conjunto de habilidades que le permitan mediar es decir, ser intermediario entre el educando que aprende y el contenido de enseñanza que él mismo deberá apropiarse:

- Permitir participar en la planificación y selección de los temas a tratar
- Ofrecen ayuda individual y colectiva acorde con dificultades y necesidades manifiestas
- Dar libertad responsable y comprometida a los alumnos para hacer y crear
- Propician la expresión de lo aprendido por diferentes vías, formas y maneras
- Permiten el error y a sacarle partido educativo al mismo
- Respetar los estilos y ritmos de aprendizaje de los alumnos
- Indagar los conocimientos y habilidades, así como actitudes y valores con que cuenta el participante para la tarea de aprendizaje
- Especificar el resultado esperado de las actividades de manera tal que el alumno las haga suyas y les encuentre sentido y significado

G. Componentes y sus relaciones

El modelo de educación en salud propuesto consta de las siguientes etapas:

1. Preparatoria: Constituye la primera fase del modelo. Es de suma importancia ya que su propósito es sensibilizar y capacitar al personal médico y paramédico de la institución en aspectos relacionados con la educación en salud, educación de adultos, principios del aprendizaje, el modelo propuesto, etc.

Como en todo proceso educativo se recomienda partir del conocimiento previo del equipo de salud y hacer un diagnóstico de necesidades del equipo de salud, antes de iniciar la capacitación. Luego elaborar un programa educativo que tome en cuenta las características y necesidades del equipo en cuestión.

2. Fase de diagnóstico: Una vez capacitado, sensibilizado y dispuesto el equipo de salud, se pasa a la fase número dos. Esta al igual que la anterior es indispensable ya que cumple con el propósito de hacer un diagnóstico de necesidades de educación en salud de las usuarias. Consta de las siguientes actividades:

- Presentación del proyecto a las usuarias
- Solicitud de consentimiento informado a las usuarias
- Administración del instrumento elaborado para tal fin
- Tabulación e interpretación del instrumento
- Elaboración del diagnóstico de necesidades de las usuarias
- Archivo de los instrumentos en cada expediente

El instrumento debe ser administrado por la educadora en salud (persona del equipo de enfermería que se haya designado para este fin). Este pueden llenarlo antes o después de ingresar a la clínica o según las necesidades del momento.

3. **Fase de planificación:** En esta fase se elabora un programa educativo en coordinación con las usuarias. En conjunto educadora-usuarias deben determinar: los objetivos por alcanzar, las actividades, los recursos disponibles, el cronograma, la forma en que se evaluará el progreso de las participantes. Así como los temas a tratar y la persona responsable de cada uno. Para ello se debe tomar en cuenta: los resultados del instrumento, las sugerencias de las usuarias, la percepción de la enfermera.

4. **Fase de ejecución**: Se realizan las acciones con los recursos humanos, materiales y físicos predeterminados. Y en el lugar y fechas previstas en el plan.

5. **Fase de monitoreo y seguimiento:** Esta será parte del programa desde la planificación, para que se obtenga el impacto deseado.

La educadora en salud y el equipo en general mantendrán una supervisión constante de cada uno de los procesos y las actividades a realizar en cada una de las etapas, ello permitirá, modificar, cambiar, reencausar o eliminar las actividades que se considere necesarias. Así como realizar aquellas que faciliten el alcance de objetivos.

Se tendrá seguimiento de los casos especiales mediante la realización de visitas domiciliarias a usuarios que por alguna razón lo ameriten: abandono del control, riesgos, referencias, etc.

Las visitas las hará la educadora en salud en compañía de la trabajadora social o un auxiliar de enfermería. El horario de las mismas será determinado según las necesidades.

Se recomienda que para evaluar cada etapa del proceso se consideren los siguientes criterios:

- Alcance de objetivos
- Eficiencia de las acciones
- Desempeño del equipo de salud
- Desempeño y participación de la comunidad
- Métodos y técnicas de enseñanza- aprendizaje utilizados
- Recursos audiovisuales utilizados
- Recursos físicos y materiales utilizados
- Otros que se consideren necesarios

H. Técnicas sugeridas: Se recomiendan todas aquellas técnicas que propicien la participación de las usuarias tales como:

- **Lluvia de ideas**: Consiste en hacer preguntas acerca de temas de interés común que generen opiniones y diálogo entre las participantes. Es necesario que una persona vaya haciendo todas las anotaciones necesarias para luego juntas elaborar una conclusión.

- **Diálogo de saberes**: colocadas todas en forma circular, iniciar el diálogo con un tema para que las usuarias participen voluntariamente aportando lo que saben acerca del mismo. Las siguientes preguntas pueden servir de guía:

  Lo que sabemos y sentimos sobre...
  Reflexionemos y profundicemos sobre...
  Lo que podemos hacer:

- **Títeres y obras de teatro:** consiste en representar mediante una función de títeres o de teatro en la que participan tanto miembros del equipo de salud como de la comunidad, alguna situación o problema a tratar en durante la reunión. De esta manera se llama la atención y se motiva al grupo.

- **Ferias de salud:** Consiste en exponer todo el material que sea necesario para educar, informar, orientar a las usuarias. Debe organizarse con el equipo de salud y miembros de la comunidad. Es una manera muy efectiva de llamar la atención de poblaciones de distintas edades.

- **Comentario y discusión de casos:** partiendo de casos reales que se mantendrán en el anonimato, comentar y discutir la situación y acciones que se realizaron para determinar como se debe actuar para minimizar los daños, aprovechar el recurso etc.

I. Recurso necesario

- **Humanos:** Todo el equipo de salud, usuarias y líderes que deseen participar en el desarrollo de las actividades.

Todo el personal médico, paramédico e incluso personal de apoyo (comadronas) tienen entre sus responsabilidades la educación y orientación a usuarias[2]. Sin embargo se recomienda que se nombre un coordinador y sub coordinador de las actividades de educación en salud que podrían ser un médico y la enfermera para que guíen y monitoricen rodos los procesos, motiven al personal y verifiquen el alcance de los objetivos.

- **Materiales**: libros, trifoliares, afiches, equipo para ayuda audiovisual, pizarra, yeso, títeres y todo aquel material existente en la institución o en los hogares que ayude a enriquecer o ilustrar las actividades del proceso enseñanza aprendizaje.

J. Proceso de evaluación: Debe existir un monitoreo de cada fase del proceso educativo desde su planificación. Ello permitirá que se identifiquen las deficiencias y se pueda modificar, continuar o quitar las acciones que afecten el desarrollo del proceso.

Deben realizarse evaluaciones al final de cada actividad de enseñanza aprendizaje, orales y/o escritas y motivar a las usuarias a expresas sus opiniones en pro de la mejora del proceso. Se sugiere llevar un registro de los resultados de la evaluación, sugerencias y/o comentarios importantes.

K. Consideraciones finales

- Es indispensable animar a la audiencia a participar en cada una de las fases del proceso educativo, así como en el desarrollo propiamente dicho de los diálogos de saberes para que compartan con todos los participantes sus conocimientos, creencias, prácticas y dudas; enseñen y aprendan.

- El trabajo y coordinación con todos los miembros del equipo De salud es indispensable para la agilización de los procesos y el alcance de objetivos institucionales.

- Utilizar canales múltiples de comunicación y ayudas audiovisuales, tanto para socializar el programa como para educar asegura que el mensaje llegará a un buen porcentaje de los participantes.

- La creatividad es un ingrediente indispensable en la producción colectiva de conocimientos. Es necesario que todos los participantes se constituyan creadoras de saberes nuevos. No hay que memorizar ni se repiten definiciones, sino que se construir conceptos que explique la realidad propia. No se copian

métodos usados en otras realidades, sino que se adaptan a la propia manera de hacer las cosas según las necesidades.

- Aprovechar los conocimientos y experiencias acumuladas: El conocimiento individual producido por otras personas sirve para enriquecer el conocimiento colectivo. No hay que partir de cero, sino tomar en cuenta lo que se ha avanzado. Todas las personas tienen distintos conocimientos respecto a una misma situación de acuerdo a su experiencia., relaciones sociales y familiares etc. por lo que hay que aprovecharlo para enriquecer el conocimiento colectivo.

- La apropiación de conocimientos: En un proceso colectivo los conocimientos no solo se comparten, sino que se busca que cada persona participante se apropie de ellos, los haga suyos, , de tal manera que les sea posible utilizarlos y reproducirlos. No hay verdadera apropiación cuando las personas no están en capacidad de aplicar y multiplicar por sí mismas el conocimiento adquirido.

- Es muy importante recordar que la transformación de la realidad es un proceso lento y complejo, y lo es más aun la realización de procesos educativos transformadores, que contribuyen al cambio de viejas prácticas culturales e históricas, lo cual implica transformar las relaciones entre las personas, partiendo de las prácticas individuales y colectivas.

L. Recomendaciones

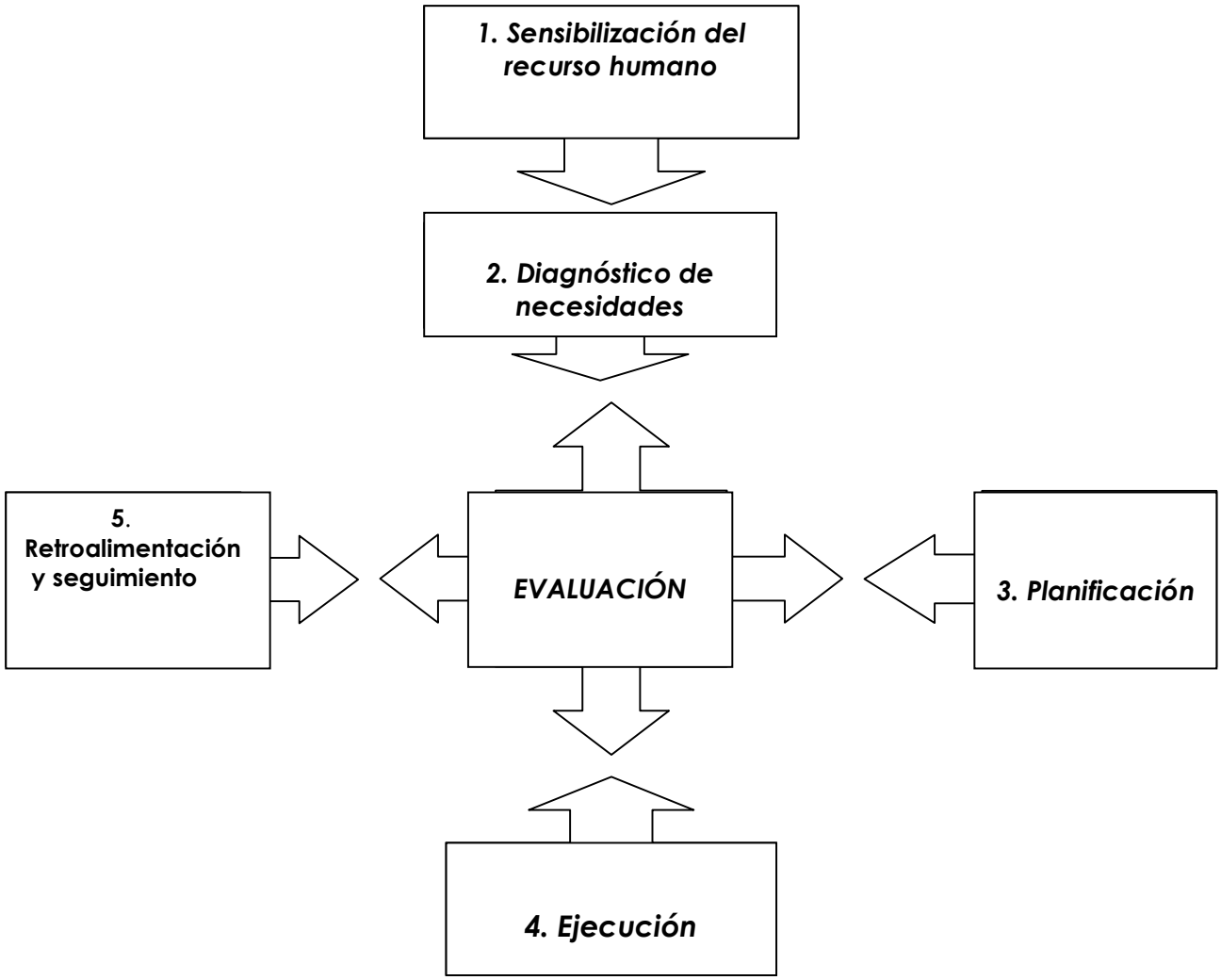
1. El modelo anterior se elaboró tomando en cuenta las características del grupo de usuarias de la maternidad periférica de Santa Elena III, de manera que si se desea implementar en otras maternidades debe hacerse las modificaciones necesarias de acuerdo a la población objetivo.

2. Utilizar ayudas audiovisuales variadas y dirigidas a los distintos canales de atención (órganos de los sentidos) ya que esto ayuda a captar el mensaje de distintas maneras, tomando en cuenta que existen múltiples estilos de aprendizaje.

3. Considerando que el grupo sujeto de estudio tiene características muy particulares y que necesita manejar un bagaje de conocimientos que garanticen su bienestar y el del futuro bebé. se sugiere tomar en cuenta los contenidos y objetivos sugeridos la planificación del programa educativo. Sin olvidar que éstos deben someterse a consideración de las usuarias para priorizar de acuerdo a intereses y la planificación debe tomar en cuenta el diagnóstico de necesidades de las usuarias.

ESQUEMATIZACIÓN DEL

MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD



ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES EDUCATIVAS

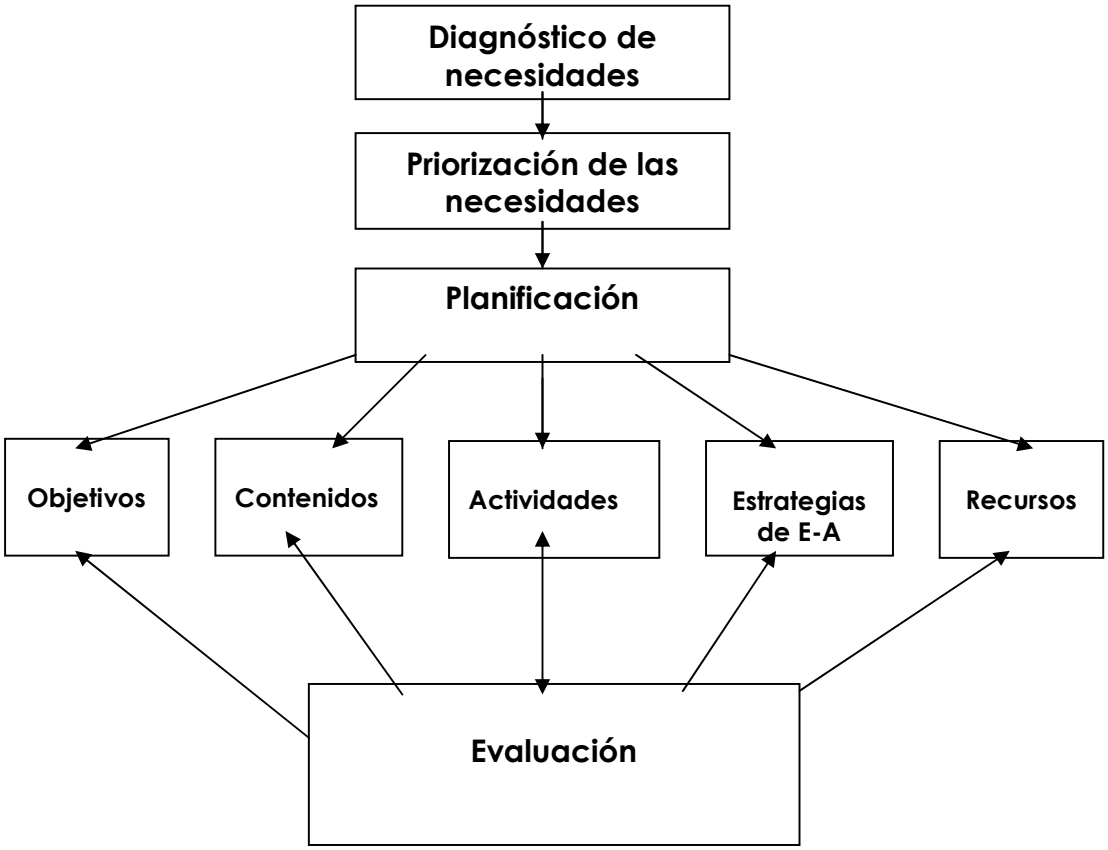


TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	OBJETIVOS
	QUE LAS PARTICIPANTES:
▪ Control prenatal: importancia y objetivos	Valoren el control prenatal como herramienta útil en la detección de riesgos materno-fetales.
▪ Cambios, anatómicos, o fisiológicos y o psicológicos o en la gestante	Identifiquen y acepten los cambios que tendrá su organismo para disfrutar de la maternidad.
▪ Nutrición de la futura madre	Identifiquen las necesidades nutricionales durante el embarazo y consuman una dieta balanceada de acuerdo a las posibilidades de cada una.
▪ Actividad física durante el embarazo: ejercicios recomendados	Mantengan una actividad física adecuada a sus necesidades de cada una.
▪ Preparándose para el parto y la lactancia materna	Identifiquen las distintas fases del parto y el comportamiento que se debe adoptar. Realicen ejercicio para la formación del pezón para y propicien una lactancia materna efectiva.
▪ Puerperio: cuidados de la madre, Nutrición, Higiene	Realicen los cuidados que garanticen un post parto libre de riesgos para la madre y el niño. Mantengan una dieta nutritiva durante el post parto.

▪ Cuidados del recién nacido: Higiene, Alimentación, Estimulación Temprana	Realicen los cuidados del recién nacido con el mínimo de riesgo para su salud. Reconozcan la importancia y ventajas de la lactancia materna. Enumeren etapas del crecimiento y desarrollo y la manera de estimular al niño.
▪ Inmunizaciones : vacunas	Identifiquen las vacunas necesarias para el recién nacido sus respectivos cuidados.
▪ Paternidad responsable: Compartiendo los cuidados del niño, Espaciando los embarazos	Retomen las responsabilidades que como padres les corresponden a la pareja y compartir los cuidados, cariño y educación de los hijos. Identifiquen los distintos métodos de espaciamiento del embarazo y seleccionen el que se ajuste a sus necesidades de cada pareja.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Alva, Rafael. 1995. *Educación para la Salud*. El manual Moderno. 185 Págs.

Castillo, Sor Eustaquia. 1976. <<*Investigación Temática para un Programa de Educación para la Salud Materno Infantil*>> Tesis UVG. 87 Págs.

COPREDE, et al. Instrumentos internacionales de derechos humanos. Cooperación Comunidad Europea. 80 Págs. Sin más datos

COPREDE, FONAPAZ. 1999. *Los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949*. Tomo I. Sin más datos.

COPREDE. *Manual de educación en derechos humanos*. Comunidad Europea.105 Págs.

Correl W. Herdes. 1970. *El Aprender*. Barcelona, España, Barcelona. 49 Págs.

Estrada O. Irma Lily. 1996. <<*Propuesta metodológica para el fortalecimiento de la educación para la salud en la escuela primaria*>>. Tesis Universidad del Valle. 156 Págs.

García C. Vilma E. 1995. << *Propuesta de un Modelo de Capacitación Permanente para el Personal de Enfermería que Labora en el Hospital Nacional de Salud Mental*>>. Tesis Universidad del Valle. 105 Págs.

Girón R. Marta G. 1976. <<*Educación de adultos*. *Elaboración de un Programa de Educación en Servicio*>> Tesis Universidad del Valle. Facultad de Educación. 73 Págs.

González O. Virginia. 2001. Estrategias de Enseñanza Aprendizaje. México, Editorial Pax. 175 Págs.

Hernández C. Raúl. 1997. *Apuntes al Alba*. Pastoral de la movilidad Humana. Conferencia Episcopal de Guatemala, Artes Gráficas XL Publicaciones. 177 Págs.

Herrera A. Rutilia. 1995.<< *Propuesta de un Modelo de Educación para la Salud*>>. Trabajo de Tesis. Universidad del Valle. 94 Págs.

Jabonero M. et.al. 1995. Educación de personas adultas: Un modelo del futuro. Madrid, España, La Muralla S.A. 144 Págs.

Guatemala. 1990. INCAP. *Educación Participativa. Manual de Capacitación de Comadronas*. *Bases Conceptuales Utilizadas para la Educación Participativa*. (Sin más datos)

Leddys y Pepper, J. 1989. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York USA, Lipppincot Company.

Malcom. S. Knowles. 2001. *Andragogía, el aprendizaje de los adultos*. México D.F., Oxford. 338 Págs.

OMS. 1979. *Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en APS.* OMS Ginebra. 115 Págs.

OPS, OMS. 1996. *Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala*. OPS, OMS

Sainz Martín, María. 1984. *Educación Para la Salud***,** *Manual sobre Educación Sanitaria y Atención Primaria en Salud*. Ginebra, 260 Págs.

Sarramona, Jaume. 2000. *Teoría de la educación, reflexión y normativa pedagógica*. Barcelona, España, Ariel educación.272 Págs.

Sevillano, María. 1993. *Educación Permanente. Estudio de Enseñanza Aprendizaje*. Unidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España, Impresos y Revistas S.A. 225 Págs.

Thinkham, K. 1981. *Enfermería Social*. Editorial Limusa. México D.F.178 Págs.

Velasco, V. 1987. *Educación para la Salud*. Ecuador. 649 Págs.

ANEXOS

ANEXO No.1

CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES

INTRODUCCIÓN: Este cuestionario tiene como propósito detectar las necesidades de educación en salud de las usuarias que asisten a control prenatal a la maternidad periférica de Santa Elena III, para luego elaborar un diagnóstico que servirá de base para la implementación de un programa educativo para pacientes.

DATOS GENERALES:
Edad: _____Procedencia:_____No. de embarazos:_____
Hijos muertos antes del nacimiento_____Ocupación_____
Último grado cursado_____

1. **INSTRUCCIONES:** A continuación se le leerá una serie de enunciados responda de acuerdo a su opinión, conocimientos y experiencia.

	SÍ	**NO**	**No sabe**
1. ¿El control médico durante el embarazo es para pesar y medir a las pacientes únicamente?			
2. ¿Puede tomarse licor en pequeñas cantidades durante el embarazo sin ningún problema?			
3. ¿Durante el embarazo se debe comer bastante para aumentar bastante de peso?			
4. ¿Una mujer embarazada necesita vacunarse?			
5. ¿Cuando se está embarazada se puede tomar cualquier medicina sin ningún problema?			
6. ¿Está permitido fumar durante el embarazo?			
7. ¿Algunas enfermedades de la madre pueden causar daño permanente al niño?			
8. ¿Se le puede hablar al niño cuando aun no ha nacido?			
9. ¿Cree usted que es importante la forma en que se debe respirar cuando se tienen dolores de parto?			
10. ¿Una mujer debe bañarse ocho días después del parto?			

11. ¿El recién nacido necesita ser vacunado?			
12. ¿El recién nacido debe bañarse hasta que bota el ombligo?			
13. ¿Algunos alimentos como el aguacate, leche y huevos son dañinos para la madre y el niño después del parto?			
14. ¿Puede quedar embarazada una mujer que está dando de mamar?			
15. ¿Cree usted que es bueno dar de mamar?			
16. ¿Dar de mamar protege al niño de algunas enfermedades?			
17. ¿Evitar embarazos corresponde a la mujer?			

18. ¿Cuál es la vacuna que necesita una mujer embarazada? _____

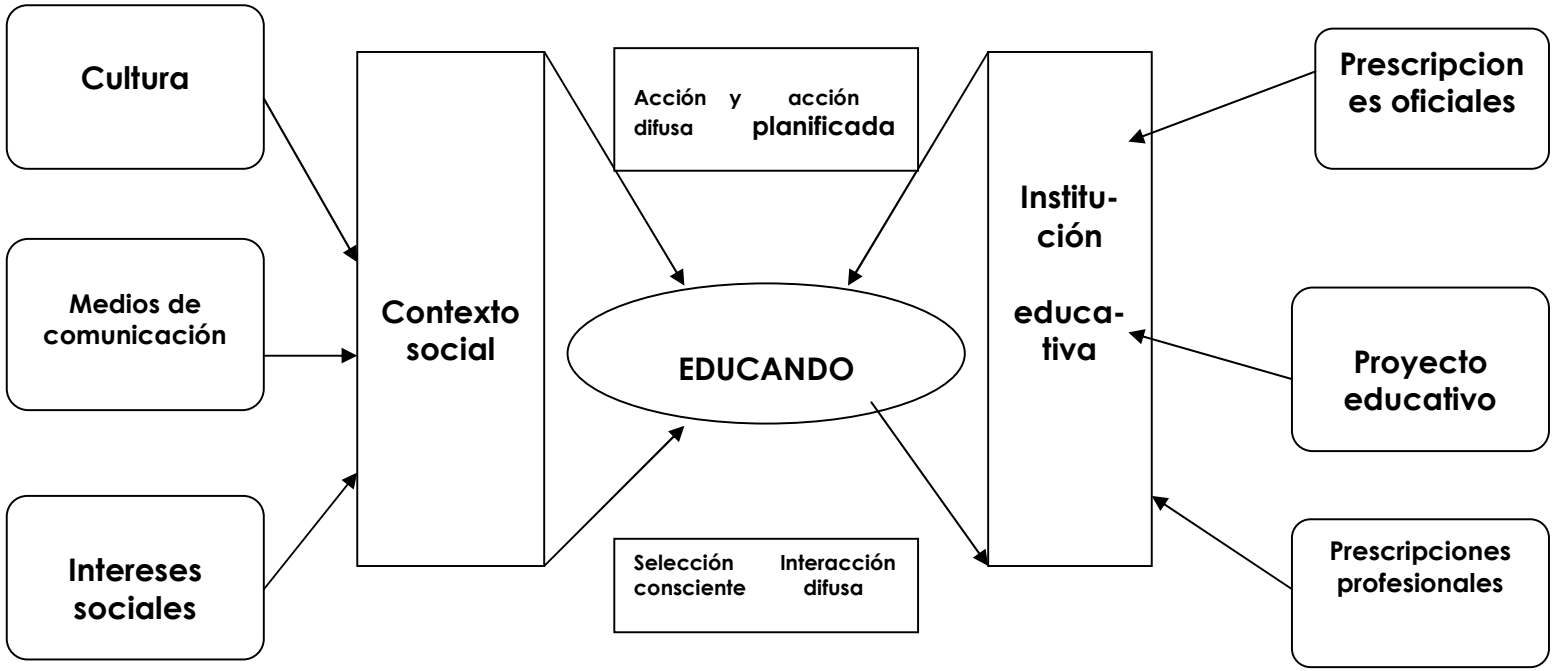
19. ¿Qué vacuna necesita el recién nacido? BCG____POLIO____No sabe_____

20. Diga las molestias por las que una mujer embarazada debe consultar al médico inmediatamente:

_____Fiebre
_____Salida de líquido antes del noveno mes
_____Salida de sangre antes del noveno mes
_____El bebé no se mueve
_____El bebé se mueve menos
_____Dolores de parto antes del noveno mes de embarazo
_____Enfermedades de la madre
_____Dolor de cabeza
_____Hinchazón
_____Visión borrosa
_____Ataques o convulsione
_____Otras
_____No sabe

ANEXO No. 2

Conjunto de influencias educativas que confluyen sobre el educando



ANEXO No. 3

Técnica de resolución de problemas